



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# KÄTILÖIDEN KOKEMUKSIA KÄTILÖTYÖS- TÄ ÄITI-LAPSIOASTOLLA JA POTILASHO- TELLI PERHEONNESSA

Milla Mäntylä

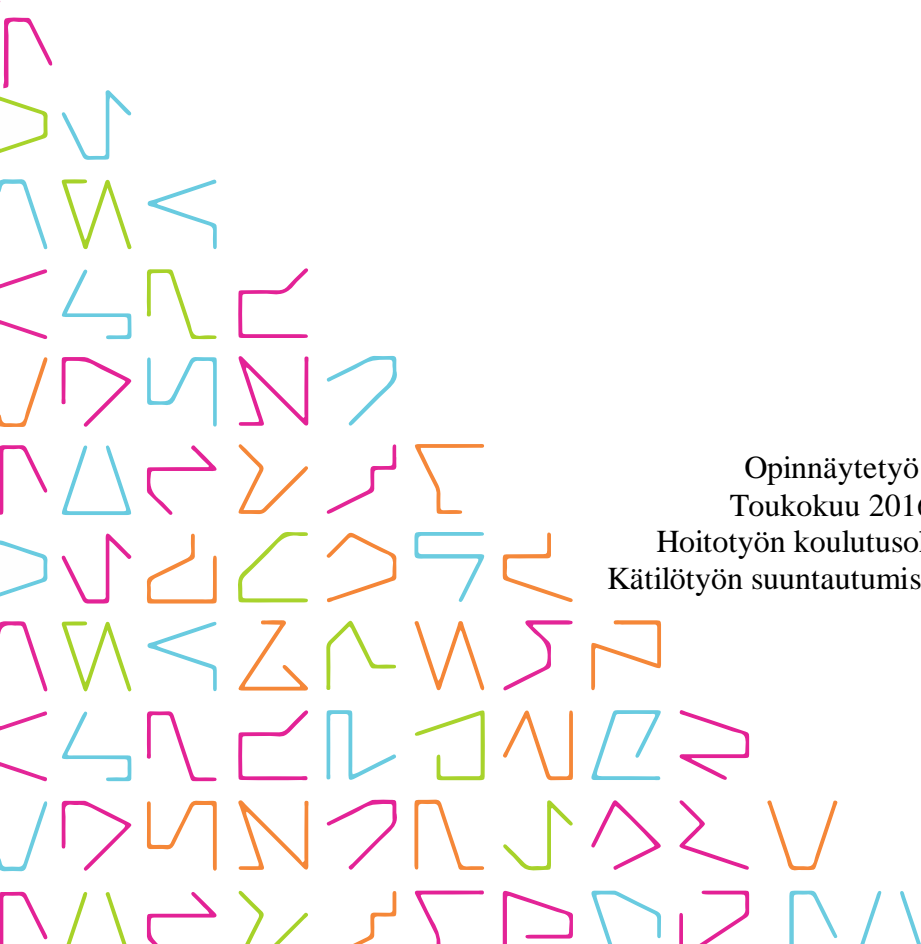
Veera Kankkunen

Opinnäytetyö

Toukokuu 2016

Hoitotyön koulutusohjelma

Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

MÄNTYLÄ, MILLA & KANKKUNEN, VEERA:

Kätilöiden kokemuksia kätilötyöstä äiti-lapsiosastolla ja potilashotelli Perheonnessa

Opinnäytetyö 54 sivua, joista liitteitä 2 sivua  
Toukokuu 2016

---

Tämän opinnäytetyön tutkimusaiheena oli kätilöiden kokemukset kätilötyöstä äiti-lapsiosastolla ja potilashotelli Perheonnessa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kätilöiden kokemuksia työn eroista äiti-lapsiosastolla ja potilashotelli Perheonnessa. Tavoitteena oli tuottaa lisää tietoa potilashotellin toiminnasta, sekä siitä miten kätilöt kokevat potilashotellissa työskentelyn verrattuna äiti-lapsiosastolla työskentelyyn. Opinnäytetyön tutkimustehtävinä oli selvittää mitä on syntymän jälkeinen kätilötyö ja kuinka sitä toteutetaan äiti-lapsiosastolla ja potilashotellissa. Tutkimustehtäviin kuului myös tutkia mitä eroja äiti-lapsiosaston ja potilashotellin toiminnassa on sekä millaisena kätilöt kokevat työnkuvansa äiti-lapsiosastolla verrattuna potilashotelliin. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena.

Työn teoriaosuudessa käsiteltiin syntymän jälkeisen kätilötyön ensimmäistä vaihetta, johon kuului synnyttäneen naisen ja vastasyntyneen hoitotyö. Lisäksi käsiteltiin äiti-lapsiosaston ja potilashotelli Perheonnan toimintaa. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla viittä kätilöä ja yhtä lastensairaanhoitajaa, jotka työskentelevät sekä äiti-lapsiosastolla että potilashotelli Perheonnessa. Vastaukset analysoitiin sisällön analyysia apuna käyttäen.

Tutkimustulosten perusteella vastaajat kokevat eroja äiti-lapsiosastolla ja Perheonnessa muun muassa työidentiteetissä, perhekeskeisyyden tukemisessa, ohjauksessa sekä synnyttäneen ja vastasyntyneen tarkkailussa. Tulosten perusteella kätilöt kokevat potilashotelli Perheonnan perustamisen positiivisena asiana. Vaikka yksiköissä koetaan olevan eroja, kumpaakaan ei pidetä toista parempana. Molemmissa on omat hyvät puolensa ja kummatkin palvelevat erilaisia synnyttäjiä. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää äiti-lapsiosaston ja potilashotelli Perheonnan kehittämisessä. Tämän opinnäytetyön jatkotutkimusehdotuksena on tutkia kyseisten yksiköiden eroja perheiden näkökulmasta.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Midwifery

MÄNTYLÄ, MILLA & KANKKUNEN, VEERA:  
Midwives' Experiences of Working at Maternity Ward and Patient Hotel Perheonni

Bachelor's thesis 54 pages, appendices 2 pages  
May 2016

---

This thesis describes midwives' experiences of working at the maternity ward and the patient hotel Perheonni. The purpose of the study was to collect information on differences that midwives' experience between working at the maternity ward and the patient hotel Perheonni. The aim of this thesis was to gather more information about the patient hotel Perheonni and how midwives' experience working there compared to the maternity ward.

This study was carried out as a qualitative study. The data were collected from midwives' working at the maternity ward and the patient hotel Perheonni and the data were analysed using qualitative content analysis. The theoretical section explores post-natal midwifery including a mother's and a newborn's nursing and operations at the maternity ward and the patient hotel Perheonni.

The respondents state that for example family-centred care, identity of working and guidance of the family are different at the patient hotel Perheonni and the maternity ward. The findings indicate that the patient hotel Perheonni is a positive change in post-natal midwifery. Participants do not prefer one unit to another, they are both needed.

Further research is required to discover families' experiences of the patient hotel Perheonni. This thesis can be used to improve operation of the maternity ward and the patient hotel Perheonni.

---

Key words: puerperium, midwives, maternity, newborn infants

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	SYNTYMÄN JÄLKEINEN KÄTILÖTYÖ.....	8
2.1	Yleistä .....	8
2.2	Synnyttäneen naisen hoitotyö .....	8
2.2.1	Fyysisen voinnin tarkkailu .....	9
2.2.2	Imetys.....	11
2.2.3	Synnytyksen jälkeinen ohjaus ja neuvonta .....	12
2.3	Vastasyntyneen hoitotyö.....	13
2.3.1	Yleisvointi .....	14
2.3.2	Elintoiminnot.....	14
2.3.3	Ihon kunto ja kellastuminen .....	14
2.3.4	Ravitsemus ja erittäminen .....	15
2.4	Perhekeskeinen hoitotyö .....	16
3	TOIMINTA ÄITI-LAPSIOSASTOLLA JA POTILASHOTELLI PERHEONNESSA .....	19
3.1	Äiti-lapsiosasto .....	20
3.2	Potilashotelli Perheonni .....	20
4	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	23
5	TUTKIMUSMENETELMÄ .....	24
5.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	24
5.2	Aineistonkeruumenetelmä .....	25
5.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	26
5.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	26
6	TULOKSET .....	28
6.1	Työnkuva äiti-lapsiosastolla .....	28
6.2	Perheonnan toiminnan kehittyminen .....	30
6.3	Kätilön työidentiteetti .....	31
6.4	Vanhempien varmuus kotiutua vauvan kanssa .....	33
6.5	Kätilöiden kokemuksia perhekeskeisyyden tukemisesta eri yksiköissä .....	34
6.6	Kätilöiden kokemat erot ohjauksessa.....	36
6.7	Kätilöiden kokemuksia avun pyytämisestä eri yksiköissä .....	38
6.8	Äidin ja vauvan tarkkailu .....	40
6.9	Asioita joita kätilöt haluaisivat siirtää yksiköstä toiseen .....	42
7	POHDINTA.....	44
7.1	Opinnäytetyöprosessi .....	44
7.2	Tulosten yhteenveto .....	44

7.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	46
7.4 Opinnäytetyön onnistuminen ja jatkotutkimusehdotukset.....	47
LÄHTEET .....	49
LIITTEET .....	53
Liite 1. Haastattelukysymykset .....	53
Liite 2. Haastateltavan suostumuslomake .....	54

## 1 JOHDANTO

Syntymän jälkeinen kätilötyö eli lapsivuodeaika jaetaan kahteen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on välitön syntymän jälkeinen kätilötyö, johon kuuluvat ensimmäiset synnytyksen jälkeiset päivät. Toiseen vaiheeseen kuuluu äidin, vastasyntyneen ja perheen hyvinvoinnin seuranta kotiutumisen jälkeen. Toisen vaiheen hoitotyö tapahtuu yleisimmin neuvolassa. (Väyrynen 2012, 269.) Tässä työssä käsittelemme pääasiassa syntymän jälkeisen kätilötyön ensimmäistä vaihetta.

Synnytyksen jälkeinen vaihe on perheen elämässä tunnepitoista ja ainutlaatuista aikaa, jolloin kätilöllä on suuri rooli perheen tukijana ja ohjaajana. Opinnäytetyössämme pyrimme avaamaan perhekeskeistä kätilötyötä sekä kätilön työn vastuullisuutta ja monimuotoisuutta lapsivuodeaikana.

Teoriaosuudessa käsittelemme synnyttäneen naisen ja vastasyntyneen hoitotyötä sekä äiti-lapsiosaston ja potilashotelli Perheonnen toimintaa. Synnyttäneen ja vastasyntyneen hoitoa äiti-lapsiosastolla on toteutettu Suomessa jo vuosikymmenien ajan. Ajatus syntymän jälkeisen hoidon toteuttamisesta hotelliympäristössä on herännyt vasta muutamia vuosia sitten. Eräässä suomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa hyväkuntoisilla synnyttäneillä äideillä perheineen on ollut mahdollisuus valita hotellimajoitus osastopaikan sijaan vuodesta 2013 lähtien. Sekä äiti-lapsiosastolla että potilashotellissa tarkoituksena on tarkkailla synnyttäneen ja vastasyntyneen vointia, sekä antaa vanhemmille valmiuksia toimia uudessa elämäntilanteessa vauvan kanssa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kätilöiden kokemuksia työnkuvan eroavaisuuksista äiti-lapsiosaston ja potilashotellin välillä. Tavoitteenamme on tuottaa lisää tietoa näiden yksiköiden toiminnasta, sekä siitä miten kätilöt kokevat työskentelyn potilashotellissa verrattuna äiti-lapsiosastoon.

Opinnäytetyömme aiheen valitsimme sairaanhoitopiirin ennalta suunnitelluista aiheista, jotka pohjautuivat työelämän tarpeisiin. Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, jonka avulla koimme saavamme parhaiten vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Aineistonkeruumenetelmänä käytimme avointa haastattelua. Haastattelimme opinnäytetyöhömmme viittä kätilöä ja yhtä lastensairaanhoi-

tajaa, jotka työskentelevät sekä äiti-lapsiosastolla että potilashotelli Perheonnessa. Tulosten analysoinnissa käytimme apuna aineistolähtöistä sisällön analyysia.

## **2 SYNTYMÄN JÄLKEINEN KÄTILÖTYÖ**

### **2.1 Yleistä**

Tilastokeskuksen mukaan Suomessa syntyi 55 472 lasta vuonna 2015. Syntyvyys on ollut laskussa vuodesta 2011 lähtien. (Tilastokeskus 2016.) Eniten synnytetään Helsingissä, Tampereella ja Turussa. Helsingin Kätilöopiston sairaalassa hoidetaan noin 5600–5800 synnytystä vuodessa, kun taas Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vastaava luku on noin 5200–5400. (Vuori & Gissler 2014.)

Syntymän jälkeisellä kätilötyöllä tarkoitetaan yleisesti aikaa, joka alkaa välittömästi synnytyksen jälkeisvaiheen päätyttyä ja jatkuu jälkitarkastukseen saakka. Syntymän jälkeisestä ajasta käytetään vakiintuneesti myös termiä lapsivuodeaika. World Health Organisation (WHO) ja International Federation of Gynecology and Obstetrics ovat määritelleet lapsivuodeajan kestoksi 42 päivää synnytyksestä alkaen. Lapsivuodeaikana nainen palautuu raskaudesta ja synnytyksestä sekä fyysisesti että psyykkisesti ja perhe totuttelee uuteen elämäntilanteeseen vastasyntyneen kanssa sekä tutustuu vauvaan. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 290–292.)

Synnytyksen jälkeen äitiä ja vauvaa hoidetaan ja tarkkaillaan synnytyssalissa. Mikäli heidän vointinsa on normaali, voivat he siirtyä joko äiti-lapsiosastolle tai potilashotelliin. Äiti-lapsiosastolle äiti ja lapsi siirtyvät yleensä noin kahden tunnin kuluttua synnytyksestä. Potilashotelliin siirrytään tavallisesti 5–6 tunnin kuluttua synnytyksestä mikäli sekä äiti että vastasyntynyt täyttävät ennalta laaditut kriteerit (Taulukko 1). (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015a,b.) Hoitoajat synnytyksen jälkeen ovat lyhentyneet vuosien varrella ja ne vaihtelevat sairaaloittain. Vuonna 2012 Suomessa keskimääräinen hoitoaika synnytyksen jälkeen oli 3 päivää. (Vuori & Gissler 2013.)

### **2.2 Synnyttäneen naisen hoitotyö**

Synnytyksen jälkeen kätilö tarkkailee äidin palautumista synnytyksestä ja ohjaa häntä oman voinnin tarkkailussa sekä itsehoidossa. Periaatteena on kannustaa synnyttäneitä omatoimisuuteen ja aktiivisuuteen, joka edistää synnytyksestä palautumista. (Pirkan-



maan sairaanhoitopiiri 2015a.) Äidin siirryttyä synnytyssalista joko äiti-lapsiosastolle tai potilashotelliin hänen annetaan levätä ja toipua rauhassa rankasta synnytyksestä (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 297).

Lapsivuodeaika merkitsee naiselle ja koko perheelle muutosta ja sopeutumista monella tavalla. Tänä aikana synnyttäneen elimistö palautuu vähitellen raskautta edeltävään tilaan. Hormonitoiminnan muutokset alkavat käynnistää maidon eritystä ja psyykkinen sopeutuminen uuteen elämänvaiheeseen alkaa. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 292, 297.)

### **2.2.1 Fyysisen voinnin tarkkailu**

Etenkin ensimmäisinä synnytyksen jälkeisinä tunteina on tärkeää seurata äidin kohdun supistumista, jälkivuodon määrää ja laatua. Heti synnytyksen jälkeen kohtu painaa noin 1000 grammaa ja kohdunpohja tuntuu suunnilleen navan ja rintalastan kärjen puolivälissä tai hieman sen alapuolella. Kohdun supistukset jatkuvat, kunnes kohtu on saavuttanut alkuperäisen kokonsa, joka on noin 60–80 grammaa. Kohdun supistumista seurataan palpomalla kohtua äidin vatsanpeitteiden päältä. Mikäli kohtu supistuu huonosti, vatsaonteloon saattaa huomaamatta kertyä runsaasti vuotoa, joka voi olla äidille vaarallista. (Lystilä 2014.)

Virtsaamisen onnistumisen seuraaminen on tärkeää synnytyksen jälkeen. Virtsarakko pääsee synnytyksen jälkeen laajentumaan melko vapaasti vatsaontelossa muuttuneiden paineolosuhteiden vuoksi. Virtsarakkoon voi kertyä runsaastikin virtsaa äidin tuntematta virtsaamisen tarvetta. Jottei virtsarakko pääse täyttymään liikaa, äidin tulisi virtsata viimeistään 12 tunnin kuluttua synnytyksestä. Mikäli virtsarakko täyttyy liikaa, se nostaa veltostunutta kohtua ylöspäin ja estää kohdun supistumisen. (Lystilä 2014.) Lisäksi on tärkeä huomioida, että esimerkiksi atoninen kohtu, pitkittynyt synnytys tai yleisanestesiassa käytetyt lääkkeet saattavat vaikuttaa heikentävästi kohtulihaksen supistumiseen. Synnytys saattaa lamata suolta tai se on voitu tyhjentää peräruiskeella ennen synnytystä. Näistä syistä seurataan, että myös ulostaminen lähtee sujumaan synnytyksen jälkeen. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 292–293.)

Istukan ja jälkeisten ollessa täydelliset ei veristä jälkivuotoa pitäisi tulla runsaasti. Hyvin supistuneen kohdun normaali vuotomäärä on alle 500 ml ja vuoto on laadultaan hieman hyytynyttä tummaa verta. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 293.) Jälkivuoto jatkuu normaalisti 4–6 viikkoa synnytyksen jälkeen. Tänä aikana se muuttaa muotoaan tumman verisestä rusehtavaksi ja lopulta valkovuodoksi. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2012.) Vuodon ja hyytymien määrää voi arvioida punnitsemalla tai vertaamalla esimerkiksi oman nyrkin kokoon. Jälkivuodon muuttuessa runsaaksi, kirkkaan veriseksi tai pahalta haisevaksi, on syytä selvittää mistä vuoto tulee ja mikä on johtanut vuodon poikkeavuuteen. Lämpöä on tärkeää seurata ensipäivinä, sillä lämmön nousu saattaa olla merkki infektiosta. (Nuutila 2011, 476.) Runsas vuoto saattaa olla äidille hengenvaarallinen ja on hyvä muistaa, että kohtu voi vuotaa myös sisäänpäin. Sisäisen vuodon merkkinä on usein verenpaineen lasku, jonka vuoksi myös sitä on tärkeää mitata ensimmäisinä synnytyksen jälkeisinä päivinä. (Ahonen & Stefanovic 2013.)

Synnytyksessä tapahtuneen ponnistelun ja repeämien vuoksi emätin ja väliliha voivat tuntua kipeiltä ja istuminen voi olla vaikeaa. Tämän vuoksi synnytyksen jälkeen aloitetaan säännöllinen kipulääkitys. Kipua voi lievittää myös jääsidekylmähoidolla, sekä viileän veden suihkuttelulla WC-käyntien yhteydessä. Välilihan haavan ja repeämien paraneminen kestää noin 2–4 viikkoa riippuen repeämän asteesta. (Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus 2015, Silventoinen 2012.)

Sektiolla synnyttäneen äidin hoito on pääosin samanlaista kuin alateitse synnyttäneen, mutta leikkaushaavan kunto on tarkistettava ja ohjattava äidille haavan hoito. Toipuminen kestää yleensä noin kuukauden, jonka aikana on tärkeää välttää raskaita nostoja ja nopeita kiertoliikkeitä. Liikkumista voi lisätä vähitellen omien tuntemusten ja voimavarojen mukaan. Liikkumiseen kuitenkin kannustetaan, sillä se edistää paranemista ja ehkäisee laskimotukoksen syntymistä. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Alatiesynnytys aiheuttaa lantionpohjan lihasten heikentymistä lantion lihasten rentoutuessa ja valmistautuessa lapsen tuloon (Törnävä 2015). Lantionpohjan lihasten harjoittelu on hyvä aloittaa synnytyksen jälkeen heti, kun äiti tuntee lantionpohjan lihastoiminnan. Lihaksiston toimintakyky ei palaudu itsekseen ilman harjoittelua. Hyvät lantionpohjan lihakset tukevat lantion elimiä ja ehkäisevät lantionpohjan toimintahäiriöiden syntyä, kuten virtsankarkailua ja laskeumien syntymistä sekä lisäävät seksuaalista hyvinvointia. (Silventoinen 2012, Pietiläinen & Väyrynen 2015, 297.) Synnytyksen jälkeen seksuaa-

linen halukkuus vähenee yksilöllisesti johtuen hormonaalisista muutoksista, seksuaalisuuden palautuminen ennalleen kestää vaihdellen noin 8–12 viikkoa (Barret 2005). Fyysisten rajoitteiden takia on tärkeää korostaa seksuaalisuutta kokonaisuutena pelkän yhdynnän sijaan. Infektioriskin vuoksi yhdynät suositellaan aloittamaan vasta jälkivuodon loppumisen jälkeen. Hormonitoiminnasta johtuen limakalvot saattavat olla kuivat, jonka vuoksi on hyvä muistuttaa myös liukuvoiteen käytöstä. Ehkäisy on tärkeä ottaa puheeksi jo ennen kotiutumista, jolloin äiti ehtii miettiä asiaa ennen neuvolaan menoa. Ennen varsinaisen ehkäisyn aloittamista kondomi on hyvä ja turvallinen tapa ehkäistä uutta raskautta. (Silventoinen 2012.)

### **2.2.2 Imetys**

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2004 julkaisemien ravitsemussuositusten sekä WHO:n mukaan täysimetystä suositellaan kuuden kuukauden ikään asti (Rova & Koskinen 2014, WHO 2015a). Täysimetys tarkoittaa sitä, että äidinmaito riittää vauvan ainoaksi ravinnoksi (Loppi 2006). Synnytyksessä tapahtuva istukkakudoksen poistuminen aiheuttaa elimistön progesteroni- ja estrogeenitasojen laskun, jolloin maidoneritys käynnistyy hormonaalisesti. Maito alkaa nousta äidin rintoihin yleensä noin 2–3 vuorokauden kuluttua synnytyksestä (Hannula 2015, 331–333). Asikaisen, Laakson ja Oksan opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan sektion jälkeistä maidonnousua saattaa hidastaa äidin hormonitoiminnan heikkous, liikkumisen vaikeus, haavakipu, toimenpiteen aiheuttama jännitys ja lisääntynyt ohjauksen tarve. Tulosten mukaan myös vastasyntyneen imemään oppimiseen sektion jälkeen saattaa vaikuttaa äidin käyttämät lääkkeet, vauvan hidastunut sopeutuminen kohdunulkopuoliseen elämään, vierihoidon puute, varhaisen vuorovaikutuksen vähyys ja imetysohjauksen huono ajoitus. (Asikainen, Laakso, Oksa 2012.)

Imetys edistää äidin palautumista oksitosiinihormonin supistaessa kohtua ja vähentäen synnytyksen jälkeistä vuotoa sekä kohtutulehduksen riskiä. Lapsi saa äidinmaidosta hyödyllisiä ravintoaineita, jotka auttavat immuunipuolustuksen kehittämisessä. Varsinkin ensimaidossa eli kolostrumissa on runsaasti vitamiineja ja suoja-aineita. Ensi-imetys tapahtuu synnytyssalissa lapsen synnyttyä, jonka jälkeen seuraava imetys tapahtuu vauvan tarpeiden mukaan viimeistään noin kuuden tunnin kuluttua synnytyksestä. Tästä imetyksestä aloitetaan täysimetys vähintään neljän tunnin välein, jolloin maitoa alkaa

nousta rintoihin lapsen tarpeen mukaan. Mikäli imetyksessä tai maidonnousussa ilmenee ongelmia, tai imetys on kiellettyä äidistä johtuvista syistä kuten esimerkiksi lääkitys tai päihteiden käyttö, voidaan lapselle antaa äidinmaidon korviketta riittävän ravinnon turvaamiseksi. (Koskinen 2008, 28, Hannula 2015, 331–333, WHO 2015a.)

Vauva hamuaa rintaa luonnostaan synnytyksen jälkeen. Kätilön tehtävä on kuitenkin varmistaa, että imemisote ja imetysasennot ovat oikeat. Tilanteesta riippuen kätilö voi ohjata vauvan asentoa käsillään tai käyttää ns. ”hands off” -tekniikkaa, jolloin äitiä ohjataan sanallisesti ja vauvan annetaan itse hakea oikea imemisasento. (Hannula, Kaunonen, Koskinen & Tarkka 2010.) Hyvässä imetysasennossa lapsi on lähellä äitiä, napa napaa vasten, pää samansuuntaisesti vartalon kanssa sekä nenä nännin kohdalla, jotta vauvan pää asettuu imettäessä hieman takakenoon. Äidin asennon tukemiseen on hyvä käyttää apuna tyynyjä, sillä asennon tulee olla rento ja mukava. Lapsen oikeassa imemisotteessa lapsen suu on täysin auki ja rinta on syvällä suussa, niin ettei nännipihaa juuri näy. Alahuuli kääntyy kaksin kerroin ulospäin, lapsen kieli on rinnan alapuolella ja korvat heiluvat imemisen tahtiin. Rinnan täytyisi pysyä paikoillaan lapsen suussa, eikä imetyksen kuuluisi sattua tai aiheuttaa punoitusta tai kipua. On tärkeää ohjata äitiä tunnistamaan millainen on hyvä imuote, arvioimaan merkkejä maitomäärän riittävydestä sekä tiedostamaan keinoja millä maitomäärää voi tarvittaessa lisätä. (Koskinen 2008, 50–64, Hannula 2015, 333–336.)

### **2.2.3 Synnytyksen jälkeinen ohjaus ja neuvonta**

On tärkeä kertoa äidille synnytyksen jälkeen hänen kehossaan tapahtuvista hormonaalisista muutoksista, itsehoidosta sekä hyvän hygienian tärkeydestä infektioiden ehkäisemiseksi. Synnytyksen jälkeen aineenvaihdunta vilkastuu ja hikoilu lisääntyy, jonka vuoksi äidin tulee käydä suihkussa säännöllisesti. Jälkivuodon aikana hänen tulee tehdä alapesuja säännöllisesti, käyttää sidettä ja vaihtaa se jokaisen WC -käynnin yhteydessä. Rintaliivit on hyvä vaihtaa päivittäin tai käyttää rintasuojuksia, sillä rinnoista saattaa valua maitoa. Äidille on hyvä ohjata myös käsien pesu aina ennen imetystä. (WHO 2015b, D26.) Relaksiinihormoni on löystyttänyt lantion rustoliitoksia raskauden ja synnytyksen aikana, jonka vuoksi äidille saattaa aiheutua selkä- tai häpyluuliitoksen kipua. Hyvä ergonomia sekä lantiota tukevat sidokset saattavat auttaa kivun ehkäisyssä. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 294, 297.)

Monet äidit tarvitsevat hetken rauhoittumisen synnytyksen jälkeen ennen kuin myönteiset tunteet lasta kohtaan heräävät. Äidin herkkä tila synnytyksen jälkeen on tarkoituksenmukaista ja auttaa äitiä tulkitsemaan vauvan viestejä sekä vastaamaan niihin. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 297.) Mahdollinen synnytyksen jälkeen esiintyvä psyykkinen oireilu voidaan jakaa vakavuuden perusteella kolmeen ryhmään. Näitä ovat synnytyksen jälkeinen herkistyminen eli niin sanottu baby blues, synnytyksen jälkeinen masennus sekä synnytyksen jälkeinen psykoosi. Puoliso ja läheiset saattavat olla hämmentyneitä äidin alakuloisuudesta, sillä lapsivuodeaikaa ajatellaan usein iloisena ja positiivisena aikana. (Robertson 2004.) Mielialan aleneminen tai masennus ei aina näy äidin käytöksessä vielä sairaalassa ollessa. Tämän vuoksi on tärkeää kertoa herkimisestä ja masennuksen mahdollisuudesta, sekä kehottaa puhumaan tuntemuksista neuvolassa ja läheisten ihmisten kanssa. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 297–298, ÄIMÄ ry 2012.)

Jokainen vauva on yksilö, minkä vuoksi vauvan hoidosta ei ole yksiselitteisiä ohjeita. Vauvalle tärkeintä on ihminen, joka eläytyy hänen tarpeisiinsa, nauttii yhdessäolosta ja hoivaamisesta. Äitiä ja puolisoa ohjataan vauvan pepun pesemisessä ja vaipan vaihdossa, silmien ja navan puhdistuksessa sekä ihonhoidossa. Perinteisesti etenkin ensisynnyttäjille ohjaus toteutetaan näyttämällä ns. kädestä pitäen, uudelleen synnyttäjät saavat ohjausta tarpeen mukaan. Näiden asioiden lisäksi vanhempia ohjataan vuorokausirytmien kehittymisen tukemisessa, ulkoilujen aloittamisessa sekä vauvan voinnin tarkkailussa. Ohjauksen tukena käytetään opaslehtisiä ja videota, jonka vanhemmat voivat katsoa sairaalassa ollessaan silloin kun heille parhaiten sopii. Vanhemmat voivat pyytää apua ympäri vuorokauden vauvan hoidossa heränneisiin kysymyksiin. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012, 2, 23–24.)

### **2.3 Vastasyntyneen hoitotyö**

Synnytys on myös lapselle raskas kokemus ja syntymä aina eräänlainen trauma. Kohdun ulkopuolinen elämä on vastasyntyneelle uutta ja ihmeellistä, sillä hän ei ole tottunut olemaan erossa äidistään. Mikäli vastasyntynyt on terve, hänet pyritään pitämään vierihoidossa äidin kanssa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015a.) Ensi-imetyksen ja vauvan syntymän jälkeisen voinnin kontrolloinnin jälkeen vastasyntynyt voi siirtyä vanhemman

ihokontaktiin tai vaihtoehtoisesti hänet voidaan kapaloida. Tämän jälkeen vauva siirtyy äidin mukana äiti-lapsiosastolle tai potilashotelliin. (Tervonen, 2015.)

### **2.3.1 Yleisvointi**

Vastasyntyneen sopeutuminen kohdun ulkopuoliseen elämään alkaa syntymän jälkeen, joten vastasyntyneen kokonaisvaltainen hyvinvoinnin ja yleistilan tarkkailu on erittäin tärkeää. Yleisvoinnin seurannassa tarkastellaan etenkin lapsen tyytyväisyyttä, lihaksiston voimaa, kontaktin ottamista, neurologisia oireita ja rauhoittumista. Terve vastasyntynyt on tyytyväinen ja rauhoittuu yleensä syliin rauhoiteltaessa, mikäli ei ole nälkäinen. Vastasyntynyt hakee kontaktia äitiin katseellaan ja hamuamalla rintaa. Vauvan raajat ovat usein koukussa ja niissä tuntuu selkeä lihasvastus. (Järvenpää & Tommiska 2015, 304–305.)

### **2.3.2 Elintoiminnot**

Vastasyntyneen hengitystä seurataan ensimmäisinä elinpäivinä tarkasti. Hengityksestä tarkkaillaan sen laatua, tiheyttä ja vaivattomuutta. Terveen vastasyntyneen normaalihengitysfrekvenssi on 40–60/min. Hengityksen lisäksi verenkierron seuranta on tärkeää. Vastasyntyneen syketaajuutta sekä sykkeen tasaisuutta kuunnellaan. Terveen vastasyntyneen tavoiteltava syke on 120–160, mutta usein raja-arvoina pidetään syketasoa 100–180. Vastasyntyneen iho on ohut, joten sen kautta haihtuu paljon lämpöä. Vastasyntyneen lämpimänä pysymisestä huolehditaan peittojen ja vaatteiden avulla ja hänen ruumiinlämpöään seurataan, sillä se on ensimmäisten vuorokausien aikana epävakaa. Normaali ruumiinlämpö vastasyntyneellä on 36,0–37,5 astetta. (Lystilä, Tammela, Janas, & Korhonen, 2014., Järvenpää & Tommiska 2015, 305–307, 311.)

### **2.3.3 Ihon kunto ja kellastuminen**

Ihon ja navan kunnon tarkkailu on myös tärkeä osa vastasyntyneen hoitotyötä. Napatyngästä seurataan sen hajua, turvotusta sekä ympäröivän ihon väriä. Normaalisti napatynkä on siisti eikä siinä ole pahaa hajua tai turvotusta. Vastasyntyneen iho on usein

punakka, sillä vastasyntyneen veren hemoglobiinipitoisuus on korkea. Vauvan ihoa peittää myös usein vastasyntyneen kina, mutta etenkin yliaikaisen vastasyntyneen iho saattaa myös hilseillä. Vastasyntyneen iholla saattaa myös olla mm. mustelmia, talinäpyjä, punaisia laikkuja tai verisuoniluomia, mutta ne ovat normaaleja ja häviävät itsensä. (Jalanko 2014.)

Vauvan ihon eheyttä, kimmoisuutta ja väriä tarkkaillaan päivittäin. Ihon värin tarkkailu on erityisen tärkeää vastasyntyneen kellastumisen havaitsemiseksi. Kellastuminen on tavallinen ilmiö, josta kärsii jopa yli puolet vastasyntyneistä. Kellastuminen johtuu bilirubiinin eli punasolujen hajoamistuotteen korkeasta tasosta vastasyntyneen veressä. Ennen syntymää sikiön hemoglobiini nousee jopa 180 g/l, tällä sikiö valmistautuu synnytyksen aiheuttamaan ahdinkoon ja mahdolliseen hapenpuutteeseen. Korkean hemoglobiinitason ja punasolujen lyhyen iän vuoksi bilirubiinia muodostuu vastasyntyneellä suhteessa enemmän kuin aikuisella, lisäksi vastasyntyneen maksa ei vielä pysty täydellisesti käsittelemään bilirubiinia. Kellastumista seurataan ihon väriä tarkkailemalla, sekä ihomittarilla ja tarvittaessa verikokeilla. Normaali bilirubiiniarvo on sidonnainen lapsen gestaatioikään. Mikäli vastasyntyneen bilirubiiniarvo on poikkeavan korkea, häntä voidaan hoitaa bilirubiinia hajottavalla sinivalolla. (Hermanson 2012a.)

### **2.3.4 Ravitseminen ja erittäminen**

Vastasyntyneen pääasiallinen ravinto on äidinmaito tai tarvittaessa äidinmaidonkorvike. Maidoneritys käynnistyy hormonaalisesti, mutta maidonerityksen jatkumiseksi tarvitaan myös tiheitä imetyksiä. Kun vauva imee rintaa, se stimuloi sekä äidin aivolisäkkeen etu- että takalohkoa. Etulohkon stimulointi saa aikaan prolaktiinin erittymisen, jolloin maito erittyy maitorakkuloista, takalohkon stimulointi taas aiheuttaa oksitosiinin erittymisen, joka saa maidon siirtymään maitorauhasista maitotiehyisiin. Mitä useammin vauva imee rintaa, sitä tehokkaammin hormoneja erittyy ja maitoa muodostuu. Täysimetettäessä äidin elimistö siis muodostaa maitoa vauvan tarpeen mukaisesti. (Nuutila 2011, 478.) Vastasyntynyt ilmaisee nälkäänsä ja imemishalukkuuttaan availemalla suutaan ja samalla käänneellen päätään sivuille, imemällä nyrkkejään ja lipomalla kieltään. Itku on yleensä viimeinen nälän merkki. (WHO 2015b, K2, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Lapsivuodeaikana on tärkeää tarkkailla vastasyntyneen ravitsemustilaa, sillä se on lapsen riittävän kasvun tärkein tekijä. Ensimmäisinä päivinä vastasyntyneen tarvitsema maitomäärä kasvaa nopeasti. Noin viikon iästä lähtien vastasyntynyt syö vuorokaudessa keskimäärin 170–200 millilitraa painokiloa kohti. Vastasyntyneen paino laskee ensimmäisinä elinpäivinä alle syntymäpainon, koska ravinnonsaanti istukasta loppuu ja syöminen suun kautta on vielä vähäistä. Lisäksi solujen ulkoisen vesipitoisuuden määrä pienenee ja vauvan suoli tyhjenee. Vastasyntyneen paino on yleensä matalimmillaan kolmen vuorokauden iässä. Normaalina painonlaskun rajana pidetään 5–7 prosentin laskua syntymäpainosta. Terveen vastasyntyneen tulisi saavuttaa syntymäpainonsa n. 7–14 vuorokauden iässä. (Hermanson 2012b., Lystilä ym. 2014.)

Lapsivuodeaikana vauvan riittävää ravitsemusta seurataan tarkkailemalla mm. painonnousua, vauvan yleisvointia, ulosteiden ja virtsan laatua ja määrää sekä aterioinnin kestoa. Terve vastasyntynyt on useimmiten tyytyväinen syötön jälkeen. Vauvan uloste on kolmanteen päivän asti tummaa, pihkamaista mekoniumia, mutta tämän jälkeen sen koostumuksen tulisi muuttua vaaleammaksi ja ryynimäisemmäksi. Terve vastasyntynyt kastelee useamman vaipan vuorokauden aikana ja virtsa on vaaleaa, lähes väritöntä. Vastasyntynyt syö keskimäärin 5–30 minuuttia yhdellä ruokailukerralla. (Hannula 2015, 307–308, Pietiläinen & Väyrynen 2015, 302.) Vastasyntyneen verensokeria seurataan, jos vauvalla on oireita matalasta verensokerista tai hänellä on tiettyjä riskitekijöitä alhaiseen verensokeriin. Matalan verensokerin oireita ovat mm. täristely ja alhainen kehon lämpötila. Vastasyntyneellä on kohonnut riski alhaiseen verensokeriin esimerkiksi jos hänen painonsa on gestaatioikänsä nähden suuri tai pieni, jos hän on ennenaikaisesti syntynyt tai äidillä on ollut raskaudenaikainen diabetes. (Lystilä ym. 2014.)

## 2.4 Perhekeskeinen hoitotyö

Perheen muodostavat toisilleen läheiset ihmiset. Lisäksi myös tunnesuhteet sekä biologiset ja juridiset seikat määrittelevät perhettä. Perhekeskeisyyttä tarvitaan muodostamaan selkeämpi kuva potilaasta ja parantamaan hoidon laatua. Eija Paavilainen kuvaa perhekeskeisyyden ideaa niin, että ”potilas tulee jostakin ja palaa johonkin”. (Paavilainen 2011, Tilastokeskus 2006.) Synnytyksen jälkeen kätilö hoitaa vauvaa ja äitiä perheenä sekä yksilöinä. Vauva on heti syntymästään uusi perheenjäsen, jonka vuoksi var-



haisen vuorovaikutuksen tukeminen onkin tärkeä osa perhekeskeistä hoitotyötä. (Korhonen 2015, 325–326.)

Varhaisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan luontaisen yhdessäolon vastavuoroisia tapahtumia, joissa vanhempi huomioi lapsen viestit ja lapsi vastaa vanhemman käyttäytymiseen ja hoivaan. Parhaimmillaan varhainen vuorovaikutus luo harmonisen yhdessäolon tunnetta ja ilon kokemuksia antamisesta ja saamisesta. Lapsen kehitykselle on tärkeää, että hän voi solmia pysyvän ja pitkäkestoisen tunnesuhteen muutamaa häntä pääsääntöisesti hoitavaan aikuiseen. Muistijäljet ja oletusmallit hoivasta toimivat myös myöhempien ihmissuhteiden perustana. (Hermanson 2012c, Korhonen 2015, 326–327.)

Perhekeskeisyys tarkoittaa potilaana olevan yksilön ohella myös perheenjäsenten ja koko perheen huomioimista. Hyvän hoitamisen peruspilareina on perheiden kunnioittava ja avoin kohtelu, myönteinen ilmapiiri, oikean tiedon antaminen ja perheen ohjaus. Keskustelun ja yhteistyön ylläpitäminen lisää luotettavuutta ja perheen osallistumisen tukemista. Terveystieteiden tutkimuksissa perheen merkitys näkyy potilaan tukena, seurana, saattajana, tiedonantajana ja kuuntelijana olemisessa sekä olemalla apuna hoitamisessa. (Paavilainen 2011.) Minna Auran Tampereen yliopistossa tekemän tutkimuksen mukaan läheiset olivat perheen saamaan tukeen suhteellisen tyytyväisiä, mutta enemmän tukea tarvittaisiin omaisten jaksamiseen ja keskustelun mahdollistamiseen. Omaiset toivoivat hoitajilta enemmän aloitteellisuutta. (Aura 2008.)

Lapsen ja vanhemman välille syntyvä kiintymyssuhde muotoutuu ja vahvistuu yhteisissä kokemuksissa. Yhdessä elämisen opettelu ja tunteiden osoittaminen ja jakaminen on arjen yhteisiä hetkiä kuten esimerkiksi kylvytys, ruokailu, nukuttaminen, loruilu sekä lohduttaminen. Molempinpuolinen tutustuminen ja vauvan hoidon opettelu vievät aikaa ja se alkaa heti uuden perheenjäsenen synnyttyä. (Hermanson 2012c, Korhonen 2015, 326–327.)

Varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi, arviointi ja tukeminen edellyttävät, että kätilö kykenee pilkkomaan vuorovaikutustilanteen tapahtumia havaittaviksi yksiköiksi. Tällöin kätilö kykenee kuvaamaan vuorovaikutusta tasavertaisesti ja yhdenmukaisesti. Neutraalin tulkinnan avulla kätilö pystyy antamaan vuorovaikutuksesta positiivista palautetta ja havaitsemaan vuorovaikutusta häiritseviä tekijöitä, joita voivat olla mm. vanhemman vähäinen vuorovaikutuspuhe tai katsekontakti tai vauvan kasvojen toistuva

kääntäminen itsestä poispäin. Vanhemmuuden ja vuorovaikutuksen tukemisessa tärkeää on myös vauvan personointi vanhemmille. Personointi tarkoittaa, että kättilö esimerkiksi pohtii ääneen asioita vauvan näkökulmasta. Tulkitsemalla yhdessä vanhempien kanssa vauvan viestejä vanhemman osaamisen tunne vauvan viestien ymmärtämisestä vahvistuu. Vanhemmalle on tärkeää, että palaute vuorovaikutuksesta luetaan vauvan käyttäytymisestä. (Korhonen 2015, 327–329.)

### 3 TOIMINTA ÄITI-LAPSIOSASTOLLA JA POTILASHOTELLI PERHEON- NESSA

Sekä äiti-lapsiosastolla että potilashotellissa tarkoituksena on toteuttaa kokonaisvaltaista synnytyksen jälkeistä hoitotyötä. Eräässä suomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa on kaksi äiti-lapsiosastoa sekä potilashotelli Perheonni, jotka ovat tarkoitettu synnyttäneille äideille ja vastasyntyneille. Synnyttäneet äidit hyväkuntoisen vauvansa kanssa ovat voineet valita hotellimajoituksen sairaalan vuodeosastopaikan sijaan vuodesta 2013 lähtien. (Luukko, N. 2013, 10–12.) Idea Perheonnen perustamiseen syntyi äiti-lapsiosaston potilaspaiikkojen riittämättömyydestä. Suunnittelusta vastasi äiti-lapsiosaston kätilöt yhteistyössä potilashotellin henkilökunnan kanssa. (Hopponen 2015a.) Potilashotellin tavoite on tukea perheen yhdessäoloa ja sitä kautta vanhemman varhaista vuorovaikutusta sekä kiintymyssuhteen muodostumista vastasyntyneeseen turvallisessa ympäristössä. Hotellimajoituksesta on tullut lyhyessä ajassa suosittua. Synnyttäneen perheen hoito potilashotellissa -hanke saikin Suomen Lääkäriliiton laatupalkinnon, jonka myöntämisen edellytyksenä on terveydenhuollon toiminnan kehittäminen. (Luukko, N. 2013, 10–12, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013, 29.)

Kaikki Perheonnessa työskentelevät kätilöt ovat työskennelleet aiemmin äiti-lapsiosastolla ja tekevät pääsääntöisesti vuoroja molemmissa yksiköissä tasapuolisesti. Kokemusta äiti-lapsiosastolta tarvitaan, koska Perheonnessa täytyy pystyä tekemään itsenäisiä ja tarkkoja havaintoja vauvan ja äidin voinnista. (Hopponen 2015a.)

Sekä potilashotellissa että äiti-lapsiosastolla lähtökohtana on tarkkailla samoja asioita äidin ja vauvan voinnissa, mutta potilashotellissa painotetaan äidin itsetarkkailua ja kätilöiden tarvelähtöisempää ohjausta. Kaikissa yksiköissä tehdään samat olennaisimmat voinnin tarkkailua tukevat tutkimukset äidille ja vauvalle. Hoitovälineistö potilashotellissa verrattuna äiti-lapsiosastoon on yhtä laaja, ainoastaan neliraaja verenpainemittaria ei löydy potilashotellista. Hotellissa hoitoaika on pääosin sama kuin osastolla, eli normaalisti yhdestä kahteen yötä äidin ja vauvan voinnista riippuen. (Luukko, N. 2013, 10–12, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015a, 29, Tervonen 2015.)

### 3.1 Äiti-lapsiosasto

Äiti-lapsiosastolla äidillä on tilaisuus rauhassa keskittyä opettelemaan yhteiselämää uuden perheenjäsenen kanssa. Tarkoituksena on, että äiti osaisi omatoimisesti hoitaa vauvaa ja luottaisi omiin kykyihinsä sairaalasta kotiutuessaan. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015a.) Äiti-lapsiosastolle siirrytään normaalisti noin kahden tunnin kuluttua synnytyksestä. Osastoilla on yhden ja kahden hengen huoneita sekä muutamia perhehuoneita, joihin pääsee yöpymään myös synnyttäjän puoliso. Äiti-lapsiosastolla vierailuja on rajoitettu siten, että synnyttäjän puoliso ja perheen aiemmat lapset voivat vieraila aamusta iltaan. Isovanhempien vierailuille on varattu illasta yksi tunti. (Tervonen 2015.)

Toisella osastolla potilaspaikkoja on 23 ja hoitajia yhteensä 34, joihin kuuluu sekä kätilöitä että lastenhoitajia. Aamuvuorossa hoitajia on viisi, iltavuorossa neljä ja yövuorossa kolme. Toisella osastolla potilaspaikkoja ja hoitajia on hieman vähemmän perhehuoneiden vuoksi, myös työvuorokohtaiset mitoitusmitat ovat pienemmät, mutta suhteessa yhtä suuret. (Tervonen 2015.)

Hoitopäivämaksu on 38,10 euroa/vuorokausi. Äiti-lapsiosastolla vauvasta ei peritä maksua, mutta mikäli vauva on hoidettavana lastenosastolla, myös hänen hoidostaan peritään maksu seitsemältä ensimmäiseltä hoitopäivältä. Perhehuoneessa äiti-lapsiosastolla yöpyvä puoliso maksaa sairaalassaolopäivästä saman verran kuin synnyttäjä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015a.)

### 3.2 Potilashotelli Perheonni

Potilashotelli Perheonneen voi siirtyä suoraan synnytyssalista noin viiden tunnin kuluttua synnytyksestä, mikäli vauva ja äiti täyttävät lastenlääkäreiden ja synnytyslääkäreiden ennalta laaditut kriteerit (Taulukko 1). Arviointi Perheonneen siirtymisestä tehdään tapauskohtaisesti aina vasta synnytyksen jälkeen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b, Hopponen 2015b.)

TAULUKKO 1. Perheonnen kriteerit

Vauvan kriteerit	Äidin kriteerit
Äidillä ei perussairautta tai lääkitystä, joka vaatii lapsen tarkkailua	Ei perussairautta (Epilepsiaa) tai lääkitystä, joka vaatii synnyttäjän erityistarkkailua.
Lapsella ei ole sikiöaikaista poikkeavuutta, joka vaatii nopeaa tutkimusta (esim. uä-tutkimusta)	Klexane-hoito ei ole este, jos ei mene perussairauden hoitoon ja äidillä on omat lääkkeet.
SAGA pos. Mikäli saanut antibiootti-profylaksian synnytyksen aikana ja profylaksia on annettu 2h ennen syntymää.	Ei huumeiden tai alkoholin käyttöä tai vakavia tiedossa olevia psykososiaalisia ongelmia perheessä.
Lapsivedenmenosta alle 18 tuntia.	Raskaus sujunut säännöllisesti.
DMA ja DM A/B äidin normaalipainoinen lapsi voi siirtyä (verensokeri tarkistettava ennen hotelliin siirtoa DM A/B äidin lapselta), verensokerin siirtoraja 2.6.	Säännöllinen alatiesynnytys, hyvin sujunut perätilasynnytys tai ongelmaton imukuppisynnytys.
Äidin verenpaine- ja valproaattilääkityksen takia verensokeriseuranta vaativat lapset voivat siirtyä (Deprakine, Absenor, Orfital, Valproat).	Lämpö synnytyksen aikana $<38^{\circ}$ .
Lapsen syntymäpaino yli 2,5kg. Vastasyntyneen kaikkien SD mittojen tulee olla normaalit (-2 SD - +2 SD).	Verenvuoto synnytyksessä $<1000$ ml.
Lapsen syntymänjälkeinen rektaalilämpö on alle $38^{\circ}$ ja kontrolli kainalosta mitattuna 4-5 tunnin iässä $36^{\circ} - 37,4^{\circ}$ . Jos lämpö alle $36,5^{\circ}$ , lämmön korjaantumisen tulee huolehtia ja tarkistaa n. tunnin kuluttua potilashotellissa lapsen lämpö uudelleen.	Jälkeiset täydelliset, kohtu hyvin supistunut.
Lapsen hengitystaajuus rauhallisena ollessa on alle 60/min.	Episiotomia tai pieni repeämä ei ole este.

Lapsen syke on hereillä ja rauhallisena ollessa 100–160/min, tasainen, säännöllinen.	Virtsaaminen onnistunut.
Lapsen hengitystaajuus, pulssi ja lämpö ovat normaalit vähintään 2 kertaa mitattuna.	Synnytyksen jälkeinen verenpaine pääsääntöisesti <140/90 mmHg, yksittäiset korkeammat arvot sallittuja, jos äidillä ei ole pre-eclampsiaan viittaavia oireita tai löydöksiä.
Lapsen happisaturaatio sekä tunnin iässä että 4-5 tunnin iässä kontrolloituna vähintään 95 % sekä oikeasta kädestä että vasemmasta jalasta mitattuna.	Ilman lasta siirtyvän hyväkuntoisen äidin siirtoaika on 3h.
Ennen aikaisesti katkaistu napanuora ei ole este potilashotelliin siirtymiselle.	
Lapsi on harjoitellut rinnalla.	
Lapsi on saanut K-vitamiinin.	
Lasta ei ole elvytetty tai vaatinut virvottelutoimenpiteitä.	
ISP on alle 30%.	

Kaksi hoitajaa päivystää hotellilla ympäri vuorokauden (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015c). Potilashotellissa työskentelee yhteensä 24 hoitajaa, joihin kuuluu sekä kättilöitä että lastenhoitajia. Perheonnessa on yhteensä 14–16 potilaspaikkaa. Hoitajat haastattelevat äitiä sekä tarkkailevat vauvan vointia kansliassa kolmesti vuorokaudessa, muun ajan perhe saa olla omassa rauhassaan ja keskittyä uuteen perheenjäsenen. Perheonnessa synnyttäjän puolisolla sekä perheen aiemmilla lapsilla on mahdollisuus yöpyä äidin ja vastasyntyneen kanssa samassa hotellihuoneessa. Perheonnessa vierailuja ei ole rajoitettu. (Tervonen 2015.)

Potilashotellissa laskutetaan äidistä poliklinikkamaksu 32,10 euroa/vuorokausi. Samassa huoneessa majoittuville perheenjäsenille yöpyminen maksaa 32,50 euroa yöltä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015a.)

## 4 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kätilöiden kokemuksia työn eroista äiti-lapsiosastolla ja potilashotellissa. Opinnäytetyössämme huomioimme muutokset potilashotellin toiminnassa sen perustamisen jälkeen. Paneudumme mm. siihen kokevatko kätilöt eroavaisuuksia neuvonnassa ja ohjauksessa, asiakkaiden huomioinnissa sekä asiakaslähtöisyydessä äiti-lapsiosastolla verrattuna potilashotelliin.

Opinnäytetyön tehtävät:

- Mitä syntymän jälkeinen kätilötyö tarkoittaa ja miten sitä toteutetaan äiti-lapsiosastolla ja potilashotellissa?
- Mitä eroja äiti-lapsiosaston ja potilashotellin toiminnassa on?
- Millaisena kätilöt kokevat työnkuvansa äiti-lapsiosastolla verrattuna potilashotelliin?

Opinnäytetyömme teoriaosuus sisältää tietoa synnyttäneen naisen ja vastasyntyneen kätilötyöstä. Tutkimusosuudessa analysoimme kätilöiden kokemuksia äiti-lapsiosastolta sekä potilashotellista. Tavoitteenamme on tuottaa lisää tietoa potilashotellin toiminnasta, sekä siitä miten kätilöt kokevat potilashotellissa työskentelyn verrattuna äiti-lapsiosastolla työskentelyyn.

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄ

### 5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Valitsimme tämän tutkimusmenetelmän, koska sen avulla saamme kokonaisvaltaista ja spesifiä tietoa kyseisestä aiheesta. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä keskittyy ihmisen kokemuksien ja käsityksien tutkimiseen ja kohdejoukko valitaan yleensä tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotannalla. (Hirsjärvi 2009, 160–164). Tässä opinnäytetyössä tarkoituksenamme oli kuvata nimenomaan kätilöiden kokemuksia eroista kätilötyössä äiti-lapsiosaston ja potilashotellin välillä, joten edellä mainitut kriteerit vaikuttivat tutkimusmenetelmämme valitsemiseen.

Laadullinen tutkimus pyrkii tutkimaan vähän tutkittuja aiheita ja löytämään uutta tietoa (Hirsjärvi 2009, 160–164). Synnytyksen jälkeinen hoito potilashotellissa on Suomessa harvinaista, joten kyseisestä aiheesta ei vielä ole paljoakaan tutkittua tietoa. Näin ollen laadullinen tutkimus sopii tutkimusmenetelmäksi tähän opinnäytetyöhön. Hirsjärven (2009, 160–164) ja Alasuutarin (2011, 48–50) mukaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus pyrkii tutkimaan tarkoituksenmukaisesti valittua kohdejoukkoa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksessa teoria on aineiston lukemisen, tulkinnan ja ajattelun lähtökohtana. Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan ihmisiä tiedonkeruun välineenä eikä aineiston totuudellisuudella ole merkitystä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija yrittää ymmärtää haastateltavan henkilön näkökulmia ja ilmaisuja.

Tulkinta jakautuu vaiheisiin koko tutkimusprosessin ajalle ja tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. Aineistonhankinnassa käytetään laadullisia metodeja kuten esimerkiksi haastattelu. Haastattelun perusmuoto on avoin kysymys tai teema, jota hyödynnetään luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Laadullisen tutkimuksen keskeiseksi ominaispiirteeksi on ajateltu induktiivista päättelyä, joka tarkoittaa aineistolähtöistä yksittäisten tapausten havainnointia. Yksittäisistä tapauksista muodostetaan laajempi kokonaisuus. Laadullinen tutkimus pyrkii löytämään tai paljastamaan tosiasioita sen sijaan, että todistettaisiin jo olemassa olevia väittämiä. (Kylmä 2007, 22–23, Hirsjärvi 2009, 160–164.)



## 5.2 Aineistonkeruumenetelmä

Käytimme opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmänä haastattelua, joka on laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelun tavoitteena on kerätä monipuolisia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä 2007, 76–78.) Valitsimme haastattelun aineistonkeruumenetelmäksi siitä syystä, että sen avulla saamme tarkkaa ja kattavaa tietoa kätilöiden kokemuksista.

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelumuotoja on useita, voidaan käyttää mm. strukturoitua haastattelua, teemahaastattelua tai avointa haastattelua (Hirsjärvi, 2009, 207–209). Valitsimme tutkimukseemme avoimen haastattelun, koska silloin haastateltavalle on mahdollista selventää kysymyksiä sekä esittää lisäkysymyksiä haastattelun kuluessa nousseista aiheista. Laadimme haastattelukysymykset teoriaosuuden kirjoittamisen jälkeen. Haastattelukysymykset muodostuivat teoriaosuudesta nousseiden kysymysten sekä oman ja opinnäytetyötämme ohjaavien henkilöiden mielenkiinnon pohjalta. (Liite 1) Toteutimme haastattelut kasvotusten yksilöhaastatteluina, jolloin mahdollisuus keskusteluun haastateltavan kanssa korostui ja saimme mahdollisimman paljon erilaisia näkökulmia ja kokemuksia aiheeseen.

Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavat valitaan tarkoituksenmukaisesti eli osallistujiksi valitaan sellaiset ihmiset, jotka tietävät mahdollisimman paljon tutkittavana olevasta aiheesta. (Kylmä 2003, 611). Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kätilöiden kokemuksia kätilötyön eroista äiti-lapsiosastolla ja potilashotellissa. Tästä syystä valitsimme haastateltavaksi sellaisia kätilöitä, jotka työskentelevät sekä äiti-lapsiosastolla että potilashotellissa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimukseen osallistuvien määrä on yleensä pieni, jotta tutkittavan ilmiön kannalta oleellinen tieto tulisi hyvin esiin. Laadullisen tutkimuksen aineistossa laatu on määrää tärkeämpi kriteeri, sillä tarkoituksena on kuvata tutkittavaa ilmiötä aineistosta käsin. (Kylmä 2003, 611.) Opinnäytetyösämme haastateltavana on viisi kätilöä ja yksi lastensairaanhoidaja, jotka ovat työskennelleet pitkään äiti-lapsiosastolla. Saimme yhteyden haastateltaviin työntekijöihin työelämäyhdyshenkilömme kautta. Haastattelut äänitettiin haastateltavien luvalla.

### 5.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysia varten aineisto käsitellään ja kirjoitetaan puhtaaksi eli litteroidaan (Kylmä 2003, 612). Kuuntelimme nauhoittamamme haastattelut ja kirjoitimme ne ylös sanasta sanaan. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 25 sivua. Kylmän (2003, 612) mukaan aineiston analyysi pohjautuu pääasiassa induktiiviseen päättelyyn, jota ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja haastattelukysymysten asettelu. Kokonaisuudessaan analyysiprosessi tarkoittaa sitä, että aineisto puretaan ensin osiin, jonka jälkeen samankaltaiset aineiston osat yhdistetään. (Kylmä 2003, 612).

Kävimme läpi litteroitua aineistoa useaan otteeseen ja poimimme sieltä haastattelukysymyksiimme parhaiten vastaavat vastaukset, joista muotoilimme pelkistetyt ilmaukset. Aineiston yhdistämisessä ja tiivistämisessä apuvälineinä käytimme ala- ja yläluokkia. Alaluokat muodostuivat pelkistettyjä ilmauksia tiivistämällä ja korostamalla aineistosta eniten esiin nousseita asioita. Yläluokat muodostuivat haastattelukysymyksiemme teemojen ympärille. Lopuksi kokosimme puretut osat uudelleen kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksemme tarkoitusta ja tutkimustehtäviä. Kokonaisuuksista kokosimme ajatuskarttoja jokaisen yläluokan ympärille. Ajatuskarttojen lisäksi kirjoitimme alaluokat auki tekstiksi, jossa kuvasimme tarkemmin saamiamme vastauksia.

### 5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa havainnoidaan ja pohditaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty luomaan. Eri tutkimusmetodeilla on omat luotettavuuskriteerinsä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereissä korostetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista. Luotettavuuden arvioinnissa tärkeää on myös tulosten vahvistettavuus. Ideana on kuvata esimerkiksi analyysiin pohjautuvan aineiston avulla, miten tuloksiin on päädytty. Tämä on kuitenkin hieman ongelmallista, sillä laadullisessa tutkimuksessa korostetaan sitä, että toinen tutkija ei samankaan aineiston perusteella välttämättä päädy samanlaiseen tulkintaan. Eri-laiset tulkinnat tutkimuksen aineistosta eivät siis välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa. (Kylmä 2003, 613.) Luotettavuuden arviointikriteerinä on käytetty myös refleksiivisyyttä. Reflektiivisyys tarkoittaa tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutki-

jana, sekä siitä kuinka hän vaikuttaa aineistonsa ja tutkimusprosessiinsa. (Kylmä 2003, 613.)

Tutkimuksen tekijällä on aina laaja-alainen vastuu tutkimuksen eettisyydestä. Tutkimuksen tekemisen eettiset haasteet eivät koske ainoastaan tutkimuksen tekijöitä, vaan koko tutkimusprosessia aina suunnitteluvaiheesta julkaisuun asti. (Kylmä 2007, 137,143.) Tutkimuksen eettisyys kohdentuu pääasiassa tutkimusaiheen oikeutukseen, tutkimusaiheen arkaluonteisuuteen ja tärkeyteen, tutkimukseen osallistuvien haavoittuvuuteen sekä tutkimuksen menetelmällisiin valintoihin. Tutkijan ja tutkimukseen osallistuvien suhde aineiston keruussa, analyysissa ja raportoinnissa on myös eettisen pohdinnan perusta. (Kylmä 2003, 612–613.)

Tutkimuksen luonteesta on oltava yhteinen käsitys kaikilla tutkimukseen osallistujilla. Tutkimukseen osallistujien täytyy tietää ja ymmärtää tutkimuksen tarkoitus, tehtävä ja tavoite osallistuessaan tutkimukseen, sekä oikeutensa esimerkiksi kieltäytyä tutkimuksesta missä tahansa vaiheessa tutkimusta. Tutkimukseen osallistujilla on oikeus tietää mihin kerättyä aineistoa käytetään ja kuinka sitä käsitellään. Suostumuksesta laaditaan kirjallinen suostumuslomake, jonka tutkimukseen osallistujat allekirjoittavat. (Hirsjärvi 2009, 24–25.)

## 6 TULOKSET

Tässä osiossa esittelemme haastattelujemme pohjalta kätilöiden kokemuksia eroista kätilötyössä äiti-lapsiosastolla ja potilashotelli Perheonnessa. Haastattelimme opinnäytetyöhömmme viittä kätilöä ja yhtä lastensairaanhoitajaa, jotka ovat työskennelleet äiti-lapsiosastolla useamman vuoden ajan. Haastateltavien työvuodet äiti-lapsiosastolla vaihtelivat viidestä vuodesta 30 vuoteen. Kaikki haastateltavamme työskentelevät sekä äiti-lapsiosastolla että Perheonnessa. Työvuorot jakautuvat pääosin tasaisesti eri yksiköiden välille. Yhdellä haastateltavista oli enemmän työvuoroja äiti-lapsiosastolla ja yhdellä enemmän potilashotellissa. Oheisissa kaavioissa keskellä näkyy sisällön analyysissä muodostuneet yläluokat ja sen ympärillä siihen johtavat alaluokat.

### 6.1 Työnkuva äiti-lapsiosastolla



Kuvio 1.

Kysyimme haastateltaviltamme, kokevatko he työnkuvan äiti-lapsiosastolla muuttuneen Perheonni avautumisen jälkeen. Suurin osa vastaajista koki työnkuvan muuttuneen jollain tavalla, kaksi vastaajaa koki työnkuvan pysyneen samana. Suurimpana muutoksena työnkuvassa koettiin synnyttäjien omatoimisuuteen tukemisen lisääntyneen. Use-

ampi vastaaja toi esille, että Perheonnan avautumisen jälkeen myös äiti-lapsiosastolla on alettu suosia ajattelutapaa, jossa vanhempia kannustetaan ottamaan enemmän vastuuta oman lapsensa hoidosta, eikä hoitajan tarvitse niin usein tehdä asioita vanhempien puolesta.

*”Ehkä sieltä on hivenen tullu sitä uutta ajattelutapaa siihen hoitotyöhön, että ne vanhemmat ottais enemmän sitä vastuuta siitä vauvan hoidosta ja olisivat enemmän oma-toimisia.”*

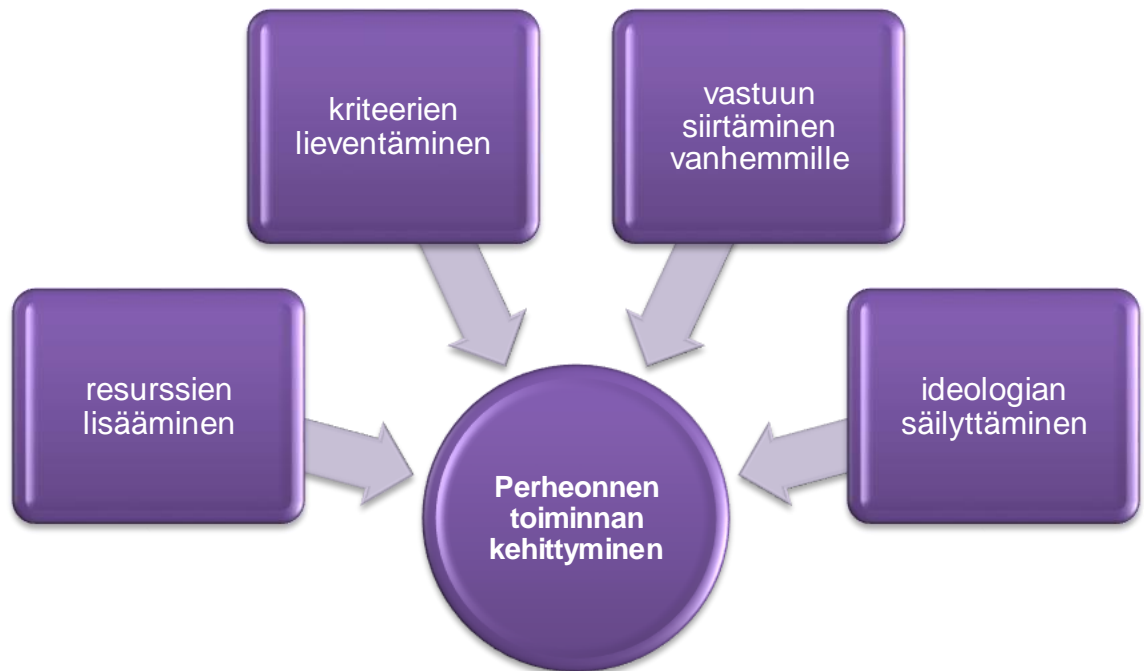
Hoitajien mielestä työnkuvaan on vaikuttanut myös Perheonnan pehmeämmät ja perhekeskeisemmät arvot, joita on pikkuhiljaa rantautunut äiti-lapsiosastolle yhä enemmän. Tässä yhteydessä esiin nousi myös sairaalan tavoitteleva vauvamyönteisyyssertifikaatti, joka korostaa mm. ihokontaktin ja ympärivuorokautisen vierihoidon merkitystä imetyksen käynnistymisen onnistumiselle (HUS 2015).

Suuri osa terveistä äideistä ja vastasyntyneistä pääsee halutessaan siirtymään Perheonnan säännöllisen synnytyksen jälkeen. Tästä johtuen äiti-lapsiosaston potilasmateriaalissa korostuu synnyttäjät, jotka ovat synnyttäneet epäsäännöllisesti tai joilla on hoitoon vaikuttava perussairaus. Vastauksissa kuitenkin ilmeni, että epäsäännöllisesti synnyttäneitä ei ole määrällisesti enempää kuin ennen, mutta suhteessa säännöllisesti synnyttäneisiin heidän määränsä äiti-lapsiosastolla on lisääntynyt. Säännöllisesti synnyttäneiden potilaiden vähentyminen koettiin työn kuormittavuutta lisäävänä tekijänä.

*”Tuntuu joskus, että ne kaikki sellaset ns. perussynnyttäjät on niinku jossain muualla.”*

*”Tuli semmonen harhaki jossain vaiheessa, että ihmiset puhu, että nyt olis enemmän niitä ekstroja siellä, mutta eihän ne ekstramäärät oo mihinkää lisääntyneet vaikka hotelli perustettiin.”*

## 6.2 Perheonnan toiminnan kehittyminen



Kuvio 2.

Kysyimme haastateltaviltamme miten Perheonnan toiminta on heidän mielestään kehittynyt vuosien varrella. Vastauksissa korostui käytännön asiat, kuten resurssien lisääminen ja kriteerien lieventäminen. Perustamisvaiheessa Perheonnessa oli seitsemästä kahdeksaan potilaspaikkaa ja yksi hoitaja kussakin työvuorossa. Nykyään potilaspaikat ja hoitajamäärät ovat kaksinkertaistuneet. Vastauksista kävi ilmi, että aluksi Perheonneen pääsemisen kriteerit olivat huomattavasti tiukemmat, jonka vuoksi vain harvoilla synnyttäjillä oli mahdollisuus jatkohoitoon potilashotellissa. Käytännön kokemuksen myötä kriteerejä on kuitenkin lievennetty ja niitä tarkastellaan jatkuvasti.

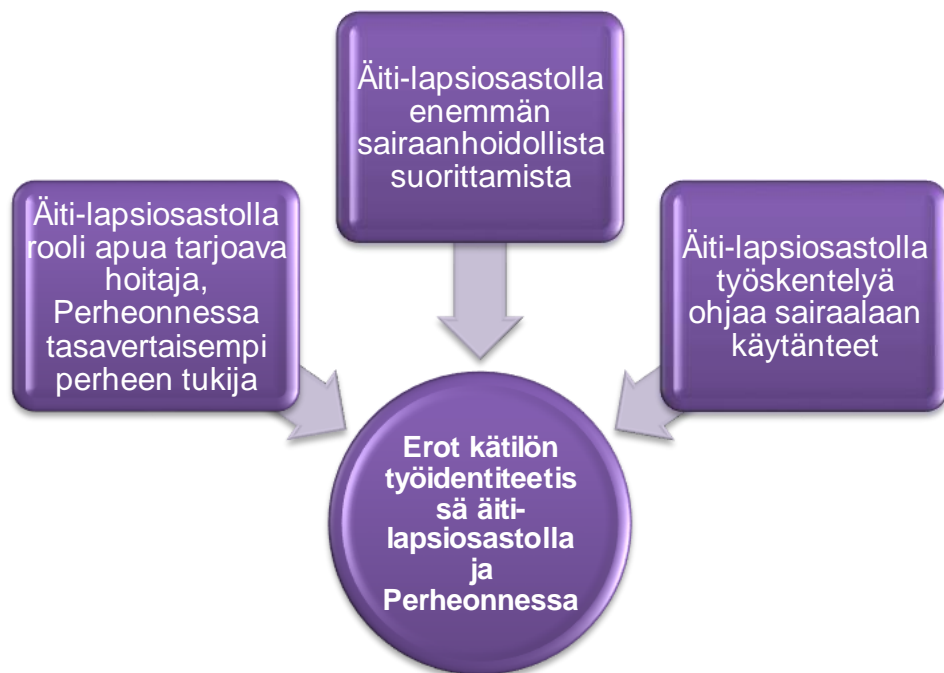
Perheonnan toiminta on kehittynyt jatkuvasti ja yhä enemmän vastuuta vauvan hoidosta on siirretty vanhemmille. Itsenäisyyttä ja perheen omaa rauhaa lisää se, että huoneisiin mennään vain perheen pyynnöstä. Vastausten mukaan hoitajat kokivat aluksi haasteellisen antaa perheelle täyttä vastuuta vauvan hoidosta, koska äiti-lapsiosastolla hoitajat olivat tottuneet olemaan enemmän läsnä vanhempien hoitaessa vauvaansa.

*”Yhä enemmän on se käytäntö, et ne perheet on siinä huoneessa eikä sinne mennä, sinne mennään vain sillon kun se perhe pyytää.”*

Ideologian säilyminen nähtiin myös toiminnan kehittymiseen liittyvänä tekijänä. Perheonnon toiminnassa on haluttu painottaa perheen omatoimisuutta ja rauhaa opetella arkea uudessa elämäntilanteessa kättilöiden tuella. Osa haastateltavista oli huolissaan ideologian säilymisestä ja siitä, ettei Perheonnesta tulisi tulevaisuudessa liiaksi osaston kaltaista toimintaa.

*"Alussa täytyi olla varuillaan, ettei tästä tule osaston kaltaista toimintaa, että ideologia säilyy."*

### 6.3 Kättilön työidentiteetti



Kuvio 3.

Kysyimme haastateltaviltamme, kokevatko he eroja työidentiteetissään työskennellessään äiti-lapsiosastolla verrattuna Perheonneen. Suurin osa haastateltavista koki työidentiteetin olevan erilainen äiti-lapsiosastolla ja Perheonnessa. Yksi vastaajista kuitenkin koki identiteetin olevan samanlainen molemmissa yksiköissä. Vastaajan mielestä työidentiteettiä ei pitäisi muuttaa sen mukaan missä työskentelee, koska työ on lähtökohtaisesti samaa.

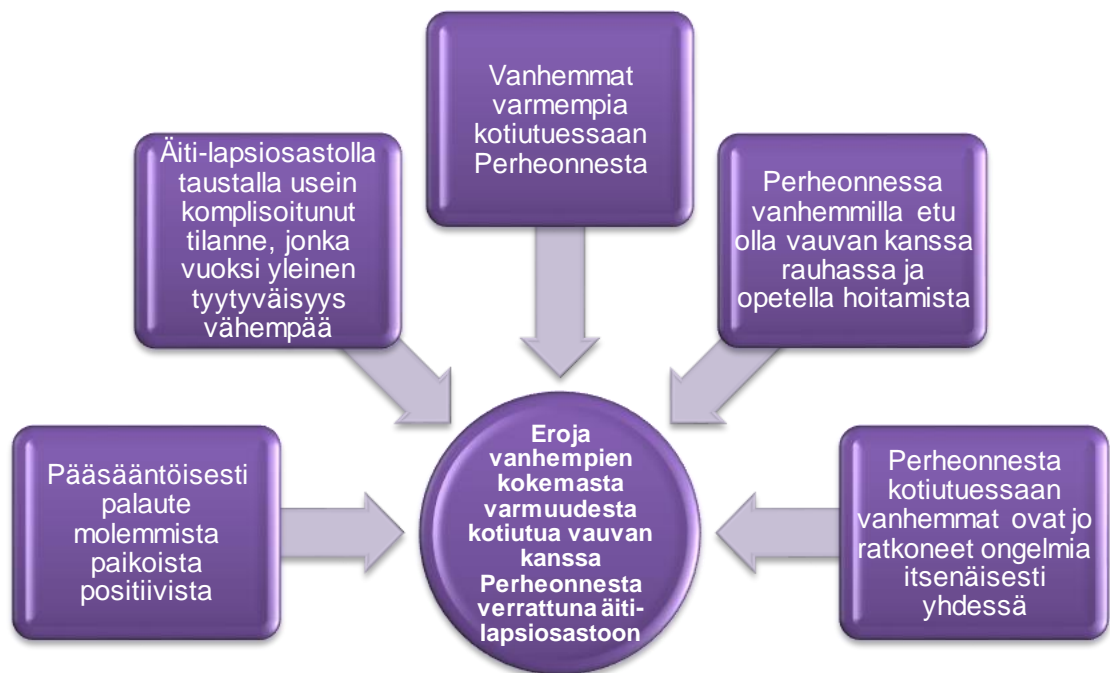
Vastauksissa työidentiteetin erot rinnastettiin vahvasti omaan rooliin hoitajana. Vastaa-  
jien mukaan Perheonnessa rooli koettiin rennommaksi ja tasavertaisemmaksi potilaan  
kanssa, kun taas äiti-lapsiosastolla työntekijät kokivat olevansa enemmän perinteisessä  
hoitajan roolissa. Haastateltavat pohtivat syitä erilaisten roolien syntymiselle. Eräänä  
tekijänä mainittiin potilaiden ja hoitajien vaatetus. Perheonnessa potilaat ja halutessaan  
hoitajatkin ovat omissa vaatteissaan, jonka koettiin vähentävän perinteistä hoitajan roo-  
liin asettumista. Äiti-lapsiosastolla vastaajat kokivat myös potilaiden asettavan heidät  
perinteisempään hoitajan rooliin.

Äiti-lapsiosastolla työnkuvaan kuuluu selkeästi enemmän sairaanhoidollisia toimenpi-  
teitä kuin Perheonnessa. Äiti-lapsiosastolla työskentelyä ohjaavat sairaalan käytänteet,  
minkä vuoksi Perheonnessa toteutettavaa vapaampaa työskentelymallia on hankala so-  
veltaa osastolla. Näistä asioista johtuen vastaajat kokivat työidentiteetin erilaiseksi  
työskennellessään eri yksiköissä. He kokivat roolinsa äiti-lapsiosastolla apua tarjoavaksi  
hoitajaksi ja Perheonnessa perheen tasavertaisemmaksi tukijaksi.

*”Hotellissa enemmän semmonen niinku perheen tukija ja täällä (osastolla) sitte enem-  
män hoitaja. Oikeen tommonen perinteinen, menee sen lämpömittarin kanssa tua huo-  
neesta huoneeseen.”*



#### 6.4 Vanhempien varmuus kotiutua vauvan kanssa

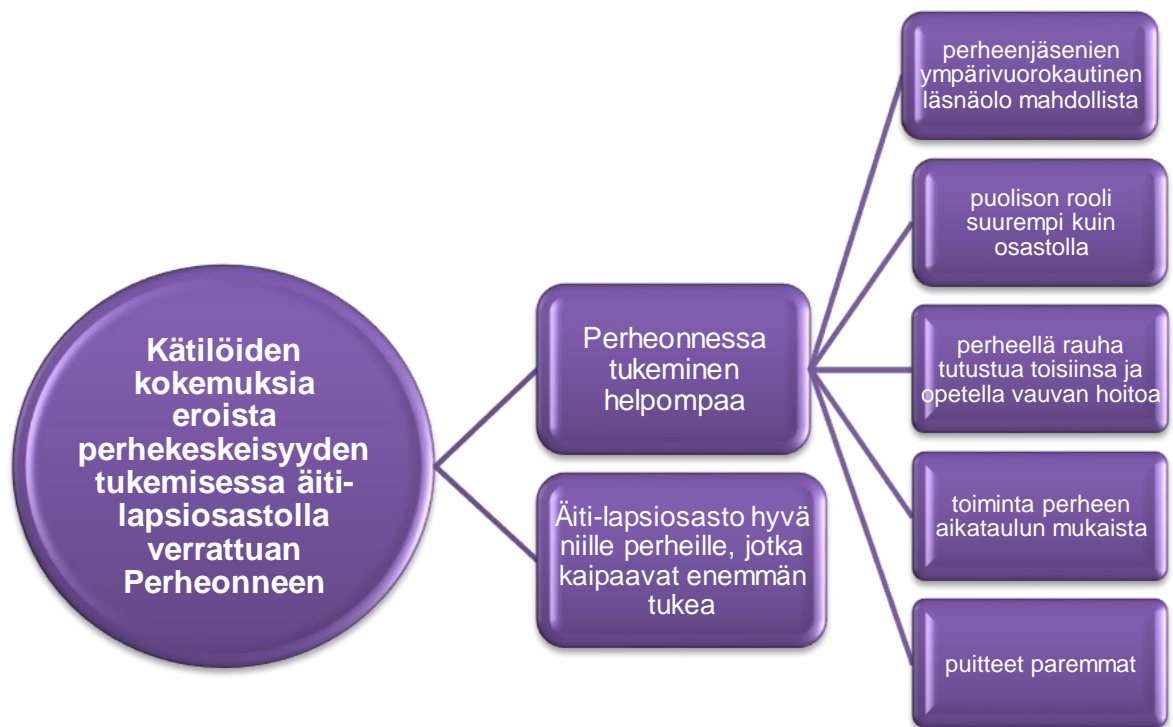


Kuvio 4.

Kysyimme haastateltaviltamme, eroaako heidän mielestään vanhemmilta saatu palaute siitä, kuinka varmaksi he kokevat kotiutumisen vauvan kanssa Perheonnesta verrattuna äiti-lapsiosastoon. Haastateltavien kertoman mukaan palaute on ollut pääsääntöisesti positiivista molemmista paikoista. Vastaajat toivat kuitenkin ilmi, että äiti-lapsiosaston palautteesta näkyy, että usein osastolla olon taustalla on jokin komplisoitunut tilanne, jolloin luonnollisesti yleinen tyytyväisyys on vähäisempää. Sen sijaan Perheonnassa perhe on lähtökohtaisesti hyvävointinen ja terve, jolloin heidän on helpompi keskittyä positiiviseen elämäntilanteen muutokseen.

Kätilöt kokivat vanhempien olevan varmempia kotiutuessaan Perheonnesta. Tämän epäiltiin johtuvan mm. siitä, että Perheonnassa perheellä on oma rauha ja vanhemmat saavat opetella vauvan hoitamista omaan tahtiinsa. Vastaajat mainitsivat myös äiti-lapsiosastolla huonekaverin läsnäolon luovan joillekin painetta ja pelkoa epäonnistumisesta. Haastattelussa esiin nousi, että Perheonnassa ennen kätilön hakemista apuun vanhemmat yrittivät usein ratkoa mahdollisia ongelmia keskenään, kun taas osastolla vastaavissa tilanteissa soitettiin herkästi soittokelloa. Näin ollen Perheonnassa vanhemmat joutuivat pohdiskelemaan jo sairaalassa oloaikana kotona vastaan tulevia haasteita ja oppivat pärjäämään omillaan

## 6.5 Kätilöiden kokemuksia perhekeskeisyyden tukemisesta eri yksiköissä



Kuvio 5.

Kysyimme haastateltaviltamme, kokevatko he perhekeskeisyyden tukemisen helpommaksi äiti-lapsiosastolla vai Perheonnessa. Suurin osa vastaajista koki tukemisen helpommaksi Perheonnessa. Suurimpana syynä tähän koettiin mahdollisuus muun perheen ympärivuorokautiseen läsnäoloon. Perheonnessa puolison ja perheen aiempien lasten on mahdollista yöpyä äidin ja vastasyntyneen kanssa samassa hotellihuoneessa. Perheonnessa myöskään vierailuja ei ole rajoitettu ja esimerkiksi isovanhemmat voivat halutessaan yöpyä viereisessä huoneessa. Puolisolla on mahdollisuus yöpyä myös äiti-lapsiosaston perhehuoneessa äidin ja vastasyntyneen kanssa, mutta perhehuoneet ovat haluttuja, jonka vuoksi kaikki halukkaat eivät niihin pääse. Osaston perhehuone eroaa Perheonnen hotellihuoneesta myös siten, ettei siellä ole vuodepaikkaa perheen aiemmille lapsille ja vierailuja rajoittaa osaston sovitut käytänteet.

Puolison läsnäolon lisäksi vastaajat kokivat puolison roolin suuremmaksi Perheonnessa kuin osastolla. Puolison suurempaan rooliin koettiin vaikuttavan puolison mahdollisuus osallistua kaikkeen alusta alkaen tasavertaisena vanhempänä. Kätilön ohjaamissa vauvanhoitotilanteissa myös puoliso on useimmiten läsnä, jolloin molemmat vanhemmat

saavat tasavertaisen ohjauksen. Kyseisten seikkojen nähtiin vaikuttavan eniten perhekeskeisyyden tukemisen onnistumiseen.

*”Isät on Perheonnessa enemmän aktiivisia. Osastolla nekin ehkä sitte heittäytyy johonkin rooliin, siellä on niin ahdastakin, ja ne tuntee olevansa tiellä ja muuta.”*

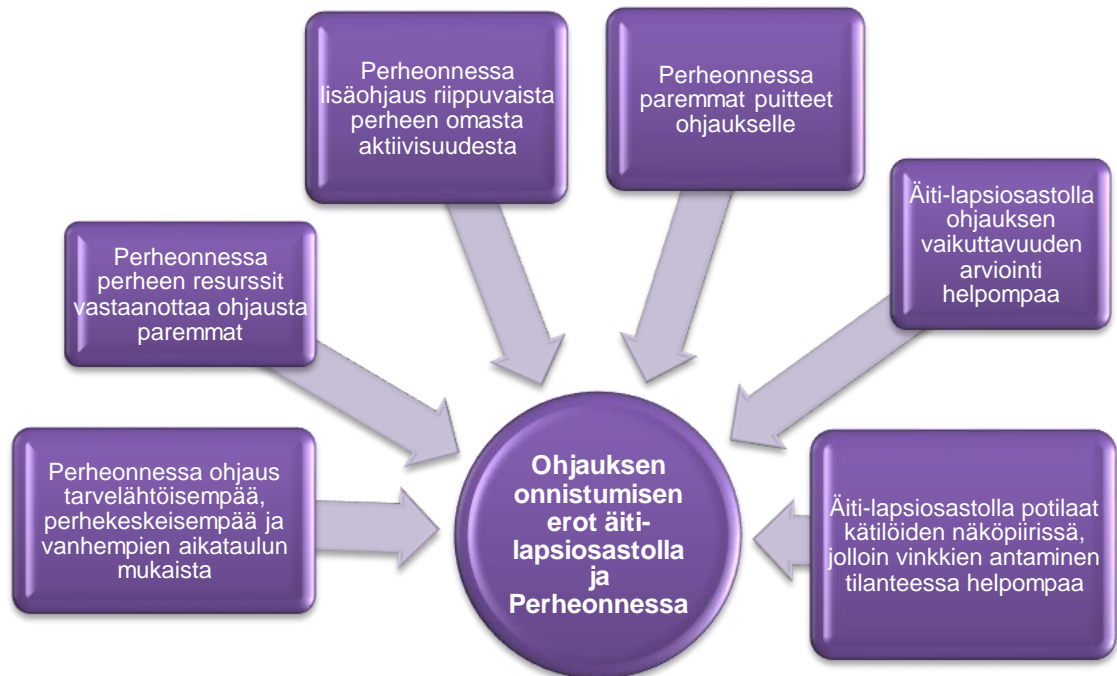
Vastauksissa korostui perheen oman tilan ja rauhallisen ympäristön merkitys perhekeskeisyyden tukemisessa. Perheonnessa vanhemmat käyvät vauvan kanssa kansliassa vähintään kolme kertaa vuorokaudessa, jolloin hoitajat haastattelevat perhettä ja arvioivat äidin ja vastasyntyneen hyvinvointia. Muun ajan perheet saavat olla rauhassa omassa huoneessaan ja tutustua uuteen perheenjäseneseen. Rauhallinen ympäristö antaa vauvanhoitotilanteisiin yksityisyyttä, jolloin vanhempien on helpompi ratkoa ongelmia keskenään ilman muiden ihmisten läsnäolon luomaa painetta. Yhdessä oppiminen tukee perheen sisäistä yhteenkuuluvuuden tunnetta. Vastaajat kokivat perhekeskeisyyden tukemisen helpommaksi, kun perhe oli löytänyt sisäisen yhteenkuuluvuuden tunteen.

*”Tuntuu, että se oman huoneen rauha tuo myös sen, että kummankaan niitten vanhemmista ei tarvi niinkun jännittää, että kattooiko joku tossa vieressä, että oliko tää ote ihan oikein, että tuliko nyt oikeella tavalla pestyä tai kuivattua.”*

Vastauksissa mainittiin hoitajan työn aikataulullisista eroista äiti-lapsiosastolla verrattuna Perheonneen. Perheonnessa aikataulun koettiin muodostuvan pääasiassa perheiden tarpeiden pohjalta, kun taas osastolla hoitajan työtehtävien nähtiin määrittävän päivän kulkua. Perheonnessa ohjaus toteutetaan perheen itse valitsemana ajankohtana, joka nähtiin perhekeskeisyyttä tukevana tekijänä. Monissa vastauksissa nostettiin esille Perheonnen puitteet, joiden koettiin tukevan perhekeskeisyyttä. Puitteisiin sisällytettiin mm. Perheonnen modernit tilat, rauhallinen ympäristö sekä jo edellä mainittu perheen yhdessäolon mahdollisuus.

Vastauksissa ilmeni, että perhekeskeisyyden tukeminen ei ole yksiselitteistä, sillä kaikki perheet ovat erilaisia ja tarvitsevat erilaista tukea. Äiti-lapsiosaston koettiin olevan parempi sellaisille perheille, jotka kaipaavat enemmän tukea esimerkiksi varhaisessa vuorovaikutuksessa vauvan kanssa. Äiti-lapsiosastolla hoitajat ovat useimmiten enemmän tekemisissä perheen kanssa, jolloin heidän on helpompi puuttua mahdollisiin ongelma-kohtiin.

## 6.6 Kätilöiden kokemat erot ohjauksessa



Kuvio 6.

Kysyimme haastateltaviltamme, kokevatko he ohjauksen onnistumisessa eroja äiti-lapsiosastolla verrattuna Perheonneen. Vastauksista kävi ilmi, että molemmissa yksiköissä ohjataan samoja asioita, mutta ohjaustavoissa on eroavaisuuksia. Valtaosa ohjauksen onnistumiseen liittyvistä tekijöistä oli vastausten perusteella lähtöisin hoitohenkilöstöstä ja yksiköiden resursseista. Perheonnessa ohjauksen koettiin olevan enemmän lähtöisin perheiden tarpeista kuin äiti-lapsiosastolla. Moni vastaaja kuvasi kysyvänsä Perheonnessa tarkemmin asioista, joita perhe jo osaa ja ohjaavansa heille ne asiat, joissa perhe vielä kaipaa ohjausta. Sen sijaan äiti-lapsiosastolla osa heistä koki kertovansa aamuhoidojen yhteydessä kaikki siihen kuuluvat asiat.

Vastaajat kokivat ohjauksen olevan Perheonnessa perhekeskeisempää, kuin äiti-lapsiosastolla. Tämän koettiin johtuvan mm. siitä, että Perheonnessa molemmat vanhemmat ovat useimmiten vastaanottamassa ohjausta, kun taas äiti-lapsiosastolla ohjaustilanteessa saattaa olla läsnä vain äiti. Perheonnessa vanhemmilla koettiin olevan paremmat resurssit vastaanottaa ohjausta. Tätä perusteltiin sillä, että Perheonnessa äidit

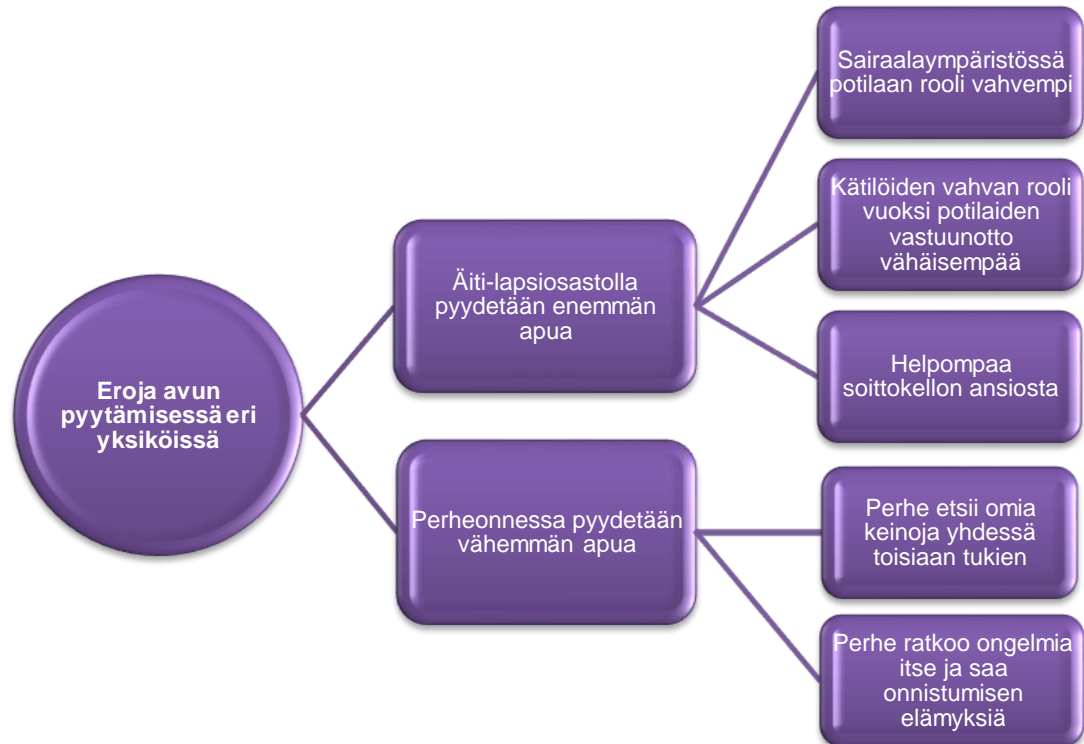
ovat pääosin hyväkuntoisia ja he saavat itse määritellä, koska heille on hyvä aika vastaanottaa ohjausta. Perheonnan tarvelähtöisessä ohjauksessa nähtiin epäedullisena se, että vähemmän aktiiviset potilaat voivat joskus jäädä vaille kaipaamaansa lisäohjausta. Perheonnessa ohjauksen onnistumista tukevaksi nähtiin paremmat puitteet kun äiti-lapsiosastolla. Vastauksissa tuli esiin, että äiti-lapsiosastolla soittokellot saattavat keskeyttää toisen potilaan ohjaustilanteen ja hankaloittaa ohjausta. Perheonnessa ei ole perinteisiä soittokelloja, vaan käytäntö, että potilaat tulevat hoitajien luo yksitellen, jolloin ohjaustilanteet keskeytyvät harvemmin.

*”Mä varmaan osastolla sen koko litanian vetäsen siinä aamuhoidoilla ja hotellissa mä enemmän teen sitä et, mä kysyn et muistaks sä vauvanhoidot ja sit jos se äiti sanoo joo muistan nii ja näi, nii ei niitä sitte enää.”*

Vastaajat kokivat äiti-lapsiosastolla ohjauksen vaikuttavuuden arvioinnin helpommaksi. Äiti-lapsiosastolla hoitajat ovat useammin läsnä vanhempien hoitaessa vauvaansa, jolloin heidän on helpompi arvioida ovatko vanhemmat oppineet heille ohjattuja asioita ja pystyvät tarvittaessa antamaan tilanteessa lisäohjausta. Toisin kuin Perheonnessa, äiti-lapsiosastolla hoitajat käyvät potilashuoneissa monissa asioissa. Huoneessa käydessään hoitajat saattavat nähdä äidin esimerkiksi imettävän, jolloin hoitajalle saattaa tulla mieleen vinkkejä tilanteeseen liittyen. Perheonnessa spontaanit ohjaustilanteet jäävät herkästi uupumaan ohjauksen suunnitelmallisuuden takia.

*”Ku sä käyt sielä useemmin, niin totta kai siinä voi tulla juuri jotain vinkkejä. – – Ku sää näät jotain tilanteita niin sää saatat niinku siinä huomata, että nyt tolle kannattais antaa tällasia vinkkejä.”*

## 6.7 Kätilöiden kokemuksia avun pyytämisestä eri yksiköissä



Kuvio 7.

Kysyimme haastateltaviltamme, kokevatko he vanhempien pyytävän herkemmin apua äiti-lapsiosastolla vai Perheonnessa. Lähes kaikki haastateltavat toivat ilmi, että vanhemmat pyytävät selkeästi herkemmin apua äiti-lapsiosastolla. Tämän katsottiin johtuvan mm. sekä kätilön että potilaan korostuneesta roolista sairaalaympäristössä. Vastaajat kokivat potilaiden asettuvan äiti-lapsiosastolla vahvemmin potilaan rooliin, johtuen esimerkiksi potilasvaatteista ja sairaalaympäristön luomasta laitospäisestä vaikutelmas-  
ta. Vahvasti potilaan rooliin asettumisen nähtiin vaikuttavan siten, että potilaat pyytävät apua hyvin yksinkertaisiinkin askareisiin, joista he voisivat selviytyä myös itsenäisesti. Äiti-lapsiosastolla kätilöllä koettiin olevan suurempi rooli esimerkiksi vauvan hoidossa ja päivän aikatauluttamisessa kuin Perheonnessa. Kätilön vastuun ja suuremman roolin nähtiin johtuvan sekä kätilöiden omasta toiminnasta, että vanhempien odotuksista kätilöitä kohtaan. Kätilön korostunut rooli hoitotyössä nähtiin vaikuttavan esimerkiksi siten, että vanhemmat ajattelivat kätilön ohjaavan heitä kaikissa toimissa. Tämän koettiin vaikuttavan mm. siten, että vanhempien omien keinojen ja tapojen löytäminen vauvan hoi-  
toon oli vähäisempää.

*”Ne jotenki ajattelee, että aina tulee se hoitaja kertomaan, mitä seuraavaks tehdään. Kun monihan on esimerkiksi sanonu et saanko minä itse koskee tuohon, et saanko minä nostaa sen tuolta kopasta jos se itkee.”*

Äiti-lapsiosastolla potilaita ohjataan joko soittamaan soittokelloa tai oman voinnin salliessa hakemaan kätilöä kansliasta mikäli heillä on kysyttävää tai he tarvitsevat apua. Vastauksissa tuotiin esille, että suurin osa potilaista pyytää apua soittokellon avulla. Kätilöt kokivat potilaiden pitävän soittokelloa helpompana tapana avun pyytämiseen ja ajattelevan sen olevan pääasiallinen kommunikointitapa. Avun pyytämisen helppouden nähtiin johtavan siihen, että potilaat soittivat kelloa myös kiireettömien kysymysten takia, jotka eivät välttämättä olisi vaatineet ylimääräistä käyntiä huoneessa. Haastatte-  
luissa viitattiin esimerkiksi kysymyksiin sängyn laidan laskemisesta sekä kukkamalja-  
koiden sijainnista.

*”Osastollahan ne paljon soittelee kelloo sitten kaikkeen muuhunkin asiaan, että mikä-  
hän päivä se mun kotiutuspäivä on ja miten toi laita lasketaan, ja näitä... Et onkse sit  
sitä ohjausta vai mitä se on, että sinne menee sitte kertoileen niitä juttuja.”*

Haastateltavat kokivat vanhempien pyytävän vähemmän apua Perheonnessa. Perheon-  
nessa vanhempia ohjataan tulemaan kansliaan, mikäli he tarvitsevat apua. Hotellihuo-  
neissa ei ole soittokelloja vaan ainoastaan hätäpuhelin, josta tieto menee suoraan hotel-  
lin vastaanottoon. Vastaajat kokivat, että vanhemmat eivät niin herkästi tule hakemaan  
hoitajaa kansliasta, vaan yrittävät ensin ratkaista mahdolliset ongelmat itse ja usein  
myös onnistuvat. Onnistuessaan vanhemmat saavat onnistumisen kokemuksia, jotka  
rohkaisevat heitä yrittämään jatkossakin toimia ensin itse.

*”Ehkä ne kuitenkin oppii löytään sellasia omia keinoja, että esimerkiksi jos se vauva on  
itkunen, ne osaa... Ja sit kun niitä on kaks ne tukee toisiansa. Ei ne käy jokaista asiaa,  
että miten mä tätä ny nostan, ne miettii siellä kaksistaan varmasti.”*

## 6.8 Äidin ja vauvan tarkkailu



Kuvio 8.

Kysyimme haastateltaviltamme, kokevatko he äidin ja vauvan tarkkailun onnistuvan samalla tavalla Perheonnessa ja äiti-lapsiosastolla. Vastauksissa tuli ilmi, että tarkkailu on yhtä laadukasta molemmissa yksiköissä ja Perheonnessa havaitaan mahdolliset kriittiset muutokset voinnissa. Kuitenkin koettiin tarkkailun olevan erityyppistä eri yksiköissä mm. potilasmateriaalin ja yksiköiden resurssien erilaisuuden vuoksi. Perheonneen pääsemiseksi on laadittu tarkat kriteerit, joiden ansiosta siellä hoidettavat äidit ja vastasyntyneet ovat lähtökohtaisesti perusterveitä ja hyvävointisia. (Ks. Taulukko 1.)

Haastateltavat kokivat hyvävointisten ja omatoimisten perheiden tarkkailun erilaiseksi, koska tällöin tavoitteena on tarkkailla lähinnä äidin ja vastasyntyneen yleisvointia sekä haastatella vanhempia vauvanhoidon ja imetyksen onnistumisesta. Perheonnen kriteerit sekä viiden tunnin tarkkailu synnytyssalissa koettiin erittäin tärkeäksi, sillä ne poissulkevat yleisimmät synnytyksen jälkeiset ongelmat sekä äidillä että vastasyntyneellä. Tällaisia ongelmia voivat olla mm. vastasyntyneen heikko lämmönsäätelykyky ja synnyttäneen virtsaamisongelmat. Vastaajat toivat esille, että äiti-lapsiosastolla resurssit ja puitteet vaikuttavat myönteisesti tarkkailun onnistumiseen. Äiti-lapsiosasto sijaitsee sairaalassa tehostetun valvonnan läheisyydessä ja lääkäri saapuu tarvittaessa paikalle hyvin nopeasti. Potilashotelli Perheonni taas sijaitsee sairaalan välittömässä läheisyydessä,



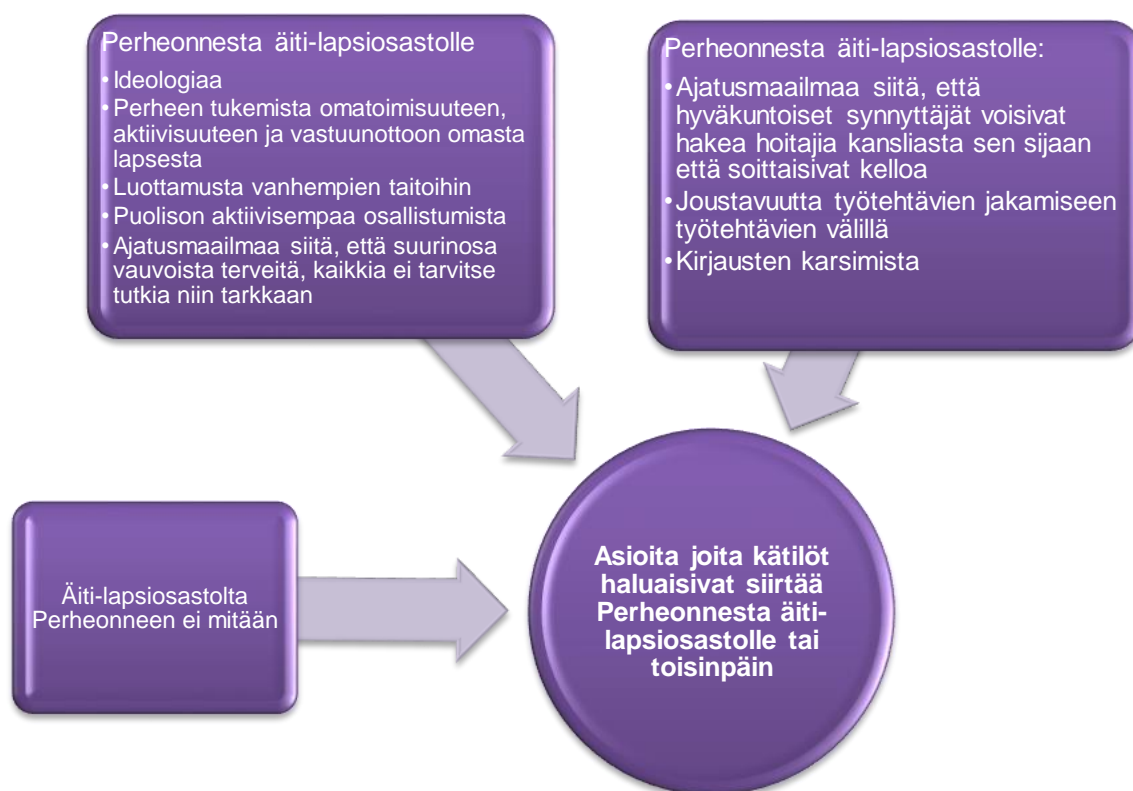
mutta avun saaminen saattaa olla hieman hitaampaa kuin sairaalassa sijaitsevilla äiti-lapsiosastolla.

*”Tottakai jos nää potilaat kaikki heitettäis Perheonneen, niin kyllä se vaikeuksia teettäis, mutta kun äiti-lapsiosastolla on niin paljon leikattuja ja huonokuntosia potilaita. Äiti-lapsiosastollahan tarkkaillaan erilaisia ja erilailla perheitä ku Perheonnessa tarkkaillaan. Se on niin paljon helpompaa Perheonnessa.”*

Perheonnessa perheet ohjataan käymään vauvan kanssa hoitajien luona kolmesti päivässä eli kerran jokaisen työvuoron aikana sekä tarvittaessa useammin. Vastaajat kokivat tarkkailun Perheonnessa haastavaksi, koska perheitä saatetaan nähdä ajallisesti vähemmän kuin äiti-lapsiosastolla. Tämän koettiin vaikuttavan mm. siten, että päätös potilaan hyvinvoinnista tehdään itsenäisesti yhden tapaamisen perusteella, mikäli erityistä huolta potilaan voinnista ei herää. Vastauksissa korostettiin myös puolison roolia tarkkailussa. Puoliso saattaa käydä vauvan kanssa hoitajien luona ilman äitiä, jolloin hoitajan tulee arvioida synnyttäneen vointia puolisoa haastatteleamalla. Koska Perheonnessa perheitä nähdään vähemmän, vastaajien mukaan siellä täytyy luottaa enemmän siihen, että vanhemmat informoivat hoitajia mahdollisista muutoksista äidin tai vastasyntyneen voinnissa. Haastateltavat vertasivat yllä mainittuja asioita äiti-lapsiosastoon, jossa on mahdollisuus mennä potilashuoneisiin matalammalla kynnyksellä tarkastamaan äidin ja vauvan vointia tarvittaessa.

*”Jos on tällänen tilanne, et se isä tulee aina sen vauvan kans siihen hoitaan niitä asioita, ja sit ku kyselee siitä äitistä ja se kertoilee kuinka hyvin se voi ja näin, nii mä en oikein oo keksiny siihen et mitä mä niinku keksisin sitte että ”jos mä ny kuitenkin tuun kattoon vielä sitä äitiä.” – – mutta emmä tiedä tarviiko sitä sitte nähdä jos se isä kertoo.”*

## 6.9 Asioita joita kätilöt haluaisivat siirtää yksiköstä toiseen



Kuvio 9.

Kysyimme haastateltaviltamme mitä asioita he haluaisivat siirtää Perheonnesta äiti-lapsiosastolle tai toisinpäin. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että äiti-lapsiosastolta Perheonneen on siirretty jo kaikki tarvittava. Sen sijaan Perheonnesta äiti-lapsiosastolle vastaajat haluaisivat siirtää paljonkin asioita.

Erityisesti vastauksissa korostui Perheonnen ideologia, jota monet vastaajat toivoivat lisää myös äiti-lapsiosastolle. Haastateltavat toivoivat, että äiti-lapsiosastollakin vanhempia tuettaisiin enemmän ottamaan vastuuta omasta lapsestaan ja hoitamaan häntä omatoimisesti mahdollisuuksien mukaan sekä informoimaan aktiivisesti sekä synnyttäjän että vastasyntyneen voinnin muutoksista. Vastauksissa tuotiin esiin, että toisaalta vanhempien omatoimisuuteen kannustaminen vaatii myös sitä, että äiti-lapsiosastollakin hoitajat luottaisivat enemmän vanhempien taitoihin hoitaa omaa lastaan. Monissa vastauksissa toivottiin Perheonnesta äiti-lapsiosastolle siirtyvän puolison aktiivisempaa osallistumista lapsivuodeaikaan. Vastaajat toivoivat Perheonnesta äiti-lapsiosastolle siirtyvän myös ajatusmaailmaa siitä, että vastasyntyneille ei tehtäisi liikaa ylimääräisiä

tutkimuksia vain varmuuden vuoksi, sillä suurin osa vauvoista on lähtökohtaisesti terveitä.

*”Osastolla aika pitkälti alkupäivinä se nojaa hoitajaan, että sä käyt vähän kattomassa että herättiköhän se sen syömään vaiko eikö. Se tosin riippuu myös paljon siitä miten niitä hoidetaan, että ehkä ne tottuu siihen et hoitajan rooli osastolla on vähä erilainen, et niitä vähän hoidetaankin siihen malliin, että ehkä ne vähän passivoitetaan sit enemmän.”*

Ideologisten asioiden lisäksi vastaajilla oli muutamia käytännön työhön liittyviä asioita, joita he toivoisivat siirrettävän Perheonnesta äiti-lapsiosastolle. Suurin osa vastaajista toivoi, että äiti-lapsiosastollakin hyväkuntoiset synnyttäjät tulisivat useammin hakemaan hoitajia kansliasta, sen sijaan että soittaisivat soittokelloa. Haastateltavat pohtivat muutoksen vaativan myös hoitohenkilökunnan yhteistä linjausta ohjauksessa potilaan tullessa osastolle. Vastaajat toivoivat myös äiti-lapsiosastolle väljyyttä työtehtävien jakamiseen työvuorojen välillä. Perheonnessa yövuoron työntekijät saattavat tehdä joitakin asioita aamuvuorolaisten puolesta, esimerkiksi mitata vauvojen lämmön tai painon. Tämän kaltaista joustavuutta kaivattiin myös äiti-lapsiosastolle lisää. Äiti-lapsiosastolla on tapana tiedustella vanhemmilta kaikki vastasyntyneen tekemät tarpeet sekä imetyksen ajankohdat ja kirjata ne potilastietoihin. Haastateltavat toivoivat äiti-lapsiosastolle siirrettävän Perheonnesta työskentelytapaa, jossa vanhemmilta varmistetaan vauvan syömiset ja tarpeet, mutta jokaista niistä ei kirjata kellontarkasti potilastietoihin.

*”Osastollakin ihmiset vois enemmän niinku tulla käymään kansliassa ja ettei ne kellot sois niin paljoo, että koska sehän luo aina vähä sellasta levottomuutta ja sitte se ois kuitenkin semmosta niinkun me yritetään kannustaa täällä omatoimisuuteen ja semmoseen että vois niinkun vaikka tulla hakeen sen lääkkeensä kansliasta tai sanoo että mää muuten syötin äskön. – – mutta siinä on viä vähä semmosta harjoittelemista niinkun meilläkin, että mekin on totuttu niinkun tietynlaiseen kulttuuriin osastolla.”*

## **7 POHDINTA**

### **7.1 Opinnäytetyöprosessi**

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen sairaanhoitopiirin suunnittelemista aiheista syksyllä 2014. Valitsimme kyseisen aiheen, koska se herätti heti mielenkiintomme ja koimme sen ajankohtaiseksi. Synnytyksen jälkeinen hoito potilashotellissa on Suomessa tuore asia, eikä siitä ole vielä juurikaan tutkittua tietoa. Koimme tärkeäksi koota kättilöiden kokemuksia potilashotellissa työskentelystä selkeäksi ja yhdenmukaiseksi kokonaisuudeksi.

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen tammikuussa 2015 suunnittelemalla työtä yhteistyössä työelämäyhdyshenkilöidemme kanssa. Aiheen rajattuamme aloimme etsiä aiheeseen liittyvää tietoa eri tietokannoista. Aineiston avulla aloimme hahmotella ja kirjoittaa teoriaosuutta, jonka päätimme rajata koskemaan välitöntä syntymän jälkeistä kättilötyötä, sekä synnyttäneen naisen että vastasyntyneen osalta. Teoriaosuuden kirjoittaminen oli opettavaista ja tuntui mielekkäältä. Syntymän jälkeinen kättilötyö on kiinnostanut meitä opintojen alusta lähtien, joten siihen liittyvän aineiston läpi käyminen oli mielenkiintoista. Kirjoitimme teoriaosuuden puhtaaksi kesällä 2015, jonka jälkeen anoimme tutkimuslupaa haastatteluja varten. Toteutimme haastattelut kasvokkain yksilöhaastatteluina vuoden 2015 loppuun mennessä. Alkuvuodesta 2016 litteroimme haastattelut ja teimme sisällön analyysin. Sekä pelkistettyjen ilmauksien että ylä- ja alaluokkien luominen tuntui erittäin haasteelliselta ja suuritöiseltä. Sisällön analyysissä halusimme olla tarkkoja, että emme tulkitse vastauksia liikaa. Saatuamme sisällön analyysin valmiiksi, aloimme kirjoittaa tuloksia puhtaaksi. Viimeistelimme opinnäytetyömme kevään 2016 aikana.

### **7.2 Tulosten yhteenveto**

Syvällinen perehtyminen synnytyksen jälkeiseen hoitoon eri yksiköissä on saanut meidät pohtimaan aihetta ja ymmärtämään sen moninaisuutta. Olemme huomanneet, että Perheonnella on synnyttäjien keskuudessa suuri suosio. Pohdimme johtuuko se nimenomaan hienopuitteisesta hotellimaisesta hoidosta vai siitä, että Perheonnessa perheet

saavat olla yhdessä omassa rauhassaan. Vastauksissakin korostui Perheonnessa hyvin toteutuva perhekeskeisyys, sillä puolisoillakin on yhtäläinen mahdollisuus olla alusta alkaen mukana vastasyntyneen arjessa. Tämän vuoksi ajattelempa, että olisi erinomaisen tärkeää tukea perhekeskeisyyttä myös silloin, kun Perheonneen pääsy ei ole syystä tai toisesta mahdollista. Tätä voisi toteuttaa esimerkiksi lisäämällä perhehuoneita äiti-lapsiosastolla, jolloin mahdollisimman moni perhe saisi olla yhdessä niin halutessaan.

Perheonnessa kätilöt kokivat roolinsa enemmän tasavertaiseksi perheen tukijaksi, kun taas äiti-lapsiosastolla rooli koettiin perinteisemmäksi hoitajaksi. Pohdimme, olisiko tasavertaisen tukijan roolia mahdollisuus tuoda enemmän myös osastolle. Kätilön rennompi ja tuttavallisempi rooli edistäisi myös synnyttäneiden omatoimisuutta, jonka tukemista vastauksissa korostettiin. Kätilöt kokivat ohjauksen olevan tuottoisampaa ja vanhempien olevan varmempia kotiutuessaan Perheonnesta, sillä ohjaus toteutettiin vanhempien ehdoilla, jolloin he olivat vastaanottavaisempia. Vanhempien ohjaus nähtiin kuitenkin onnistuneena myös äiti-lapsiosastolla ja ohjauksen vaikuttavuuden arviointi koettiin siellä helpommaksi. Vastauksissa nousi esiin ohjauksen olevan Perheonnessa tarvelähtöisempää ja vanhempien aikataulun mukaista. Pohdimme voisiko osaston toimintaa kehittää niin, että myös siellä olisi mahdollisuus ohjata vanhempia heille sopivaan aikaan huomioiden heidän yksilölliset tarpeensa yhä paremmin.

Vastaajat kokivat perheiden olevan varmempia kotiutuessaan Perheonnesta, koska perheet olivat jo ennen kotiutumista pohtineet itsenäisesti ratkaisuja ongelmatilanteisiin. Osastolla synnyttäjien nähtiin vastaavissa tilanteissa pyytävän helpommin apua, joka vaikutti heikentävästi omatoimisen ongelmanratkaisukyvyyn kehittymiseen. Mielestämme äiti-lapsiosaston henkilökunta voisi vaikuttaa käytänteisiin ohjaamalla ja kannustamalla perheitä itsenäiseen yrittämiseen jo heidän tullessaan osastolle. Kuten kätilötkin toivat haastatteluissa esiin, vanhempien omatoimisuus vaatii myös henkilökunnalta lisää luottamusta vanhempien taitoihin ja pärjäämiseen. Käytännön tasolla muutos vaatii harjoittelua ja oman työn tarkastelua.

Haastateltavat toivat esiin kehitysehdotuksia äiti-lapsiosastolle Perheonnen toiminnan kautta. Yhtenä kehitysehdotuksena kätilöt toivoivat äiti-lapsiosastolle samankaltaista tapaa tulla pyytämään apua kansliasta tietynlaisissa asioissa sen sijaan, että soittaisivat soittokelloa. Toisena kehitysehdotuksena nostettiin esiin ylimääräisten kirjausten karsiminen äiti-lapsiosastolla, esimerkkinä vauvan kaikkien tarpeiden kirjaaminen. Vastaa-

jatkin totesivat, että nämä muutokset vaatisivat yhtenäisten linjauksien kehittämistä. Koemme nämä kehitysehdotukset sekä hoitajien työnkuormittavuutta vähentävinä, että potilastyötä tehostavina tekijöinä. Näistä asioista olisi hyvä keskustella koko osaston kesken ja sopia uudet toimintatavat, mikäli muutosta toivotaan.

Vastausten perusteella sekä äiti-lapsiosastolla että Perheonnessa syntymän jälkeistä kätilötyötä toteutetaan aktiivisesti tutkittuun tietoon perustuen ja toimintaa jatkuvasti kehittäen. Lapsivuodeaika on naiselle ja hänen perheelleen moninaisten fyysisten ja psyykkisten muutosten aikaa. Tällöin kätilöllä on tärkeä tehtävä auttaa ja tukea perhettä, sekä huolehtia heidän kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnistaan. Vastauksista kävi ilmi, että kokonaisvaltainen syntymän jälkeinen kätilötyö toteutuu molemmissa yksiköissä tavoiteltujen toimintaperiaatteiden mukaisesti. Pääsääntöisesti kätilöt olivat tyytyväisiä työnsä tuloksiin ja myös vanhemmilta saatu positiivinen palaute tukee tätä käsitystä.

Tulosten perusteella kätilöt näkivät Perheonnan perustamisen hyvänä ja sen toiminnassa paljon positiivisia asioita. Kumpaakaan yksikköä ei kuitenkaan pidetty selkeästi toista parempana, sillä molemmissa koettiin olevan omat hyvät puolensa ja kummatkin palvelivat erilaisia synnyttäjiä. Oman näkemyksemme mukaan Perheonnan toiminta on tuonut hienon mahdollisuuden synnytyksen jälkeiseen hoitoon hyväkuntoisille synnyttäjille, vastasyntyneille ja heidän perheilleen.

### **7.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus**

Olemme tutkiskelleet opinnäytetyömme eettisiä näkökulmia ja mielestämme opinnäytetyöprosessimme on toteutunut eettisten periaatteiden mukaisesti. Koimme opinnäytetyömme aiheen eettisesti hyväksyttäväksi, koska aihe on ajankohtainen ja vähän tutkitu, eikä sen tutkiminen ole arkaluontoista tai loukkaa kenenkään yksityisyyttä.

Ennen haastatteluprosessia haimme ohjeiden mukaan tutkimuslupaa, jonka myönsi sairaanhoitopiirin opetusylihoitaja 23.10.2015. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavilla oli halutessaan mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. Informoimme mahdollisia osallistujia tarkasti opinnäytetyömme sisällöstä ja haastatteluprosessista, sekä kerroimme tietojen salassapidosta. Tämän jälkeen haastatelimme halukkaita osallistujia yksittäin rauhallisessa ympäristössä, jolloin salassapito

toteutui suunnitellusti. Vastaajien henkilöllisyydet pysyivät luottamuksellisina koko prosessimme ajan, eikä valmiista opinnäytetyöstä ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Opinnäytetyömme valmistuttua hävitimme haastattelujen alkuperäiset aineistot asianmukaisesti.

Opinnäytetyömme tutkimustulosten luotettavuuden kannalta oleellista oli valitun tutkimusjoukon omakohtainen kokemus tutkittavasta aiheesta. Kaikki haastateltavamme työskentelevät tällä hetkellä sekä äiti-lapsiosastolla että potilashotelli Perheonnessa ja heillä on useamman vuoden kokemus äiti-lapsiosastolta. Tietynlaisissa tutkimuksissa haastattelijoiden ja haastateltavien tuttuus saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Opinnäytetyössämme haastateltavien tuttuus ei kuitenkaan vaikuta ratkaisevasti tutkimustulokseen, sillä aiheemme ei liity henkilökohtaisesti meihin tutkimuksen tekijöinä. Opinnäytetyömme luotettavuutta lisäsi se, että tutkimukseen osallistujat eivät olleet meille henkilökohtaisesti tuttuja, jolloin heillä oli mahdollisuus vastata kysymyksiin neutraalisti ja totuudenmukaisesti.

Haastattelukysymykset vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Laadimme haastattelukysymykset yhdistellen työelämän tarpeiden ja oman mielenkiintomme pohjalta nousseita aihealueita. Näin varmistimme, että haastattelukysymykset vastaavat mahdollisimman tarkasti tutkimuksemme tarkoitukseen. Hioimme haastattelukysymykset tarkasti ja hyväksyimme ne sekä ohjaavalla opettajallamme että työelämäyhdyshenkilöllämme. Tutkimustulokset analysoituamme koemme yhä kysymysten vastaavan opinnäytetyömme tarkoitusta. Olemme analysoineet aineiston tarkasti ja pyrkineet tietoisesti välttämään liiallista omakohtaista tulkintaa. Olemme kuitenkin pohtineet, että kuten laadulliselle tutkimukselle on ominaista, toinen tutkija olisi saattanut tehdä saman aineiston perusteella erilaisia johtopäätöksiä aiheesta.

#### **7.4 Opinnäytetyön onnistuminen ja jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyömme on ollut mielestämme kokonaisuudessaan kiinnostava, mutta haasteellinen projekti. Opinnäytetyöprosessin alussa loimme aikataulusuunnitelman, jonka mukaan pyrimme etenemään. Aikataulussa pysyminen oli ajoittain haastavaa vuorotyön luomien erilaisten aikataulujen vuoksi, mutta olemme kuitenkin onnistuneet pysymään suunnitelmassamme. Syntymän jälkeinen kätilötyö on aiheena laaja, joten teoriaosuus-

teen oli helppo löytää tutkittua tietoa. Haasteena teoriaosuudessa nousi tiedon tuominen esille selkeästi ja ytimekkäästi. Tiedon runsauden vuoksi teoriaosuus täytyi kirjoittaa mahdollisimman tiiviisti, jottei siitä tulisi liian laaja ja hajanainen kokonaisuus.

Työelämäyhdyskylästämme oli suuri apu haastateltavien rekrytoinnissa. Sopivien ajankohtien löytäminen haastatteluille oli välillä haastavaa kaikkien osapuolien erilaisen työvuorojen vuoksi. Tästä johtuen haastatteluprosessi vei enemmän aikaa kuin olimme ajatelleet, mutta ei kuitenkaan viivästyttänyt kokonaisuakatauluamme. Haastateltavamme olivat motivoituneita ja ennalta valmistautuneita haastatteluihin, mikä edesauttoi hyvän aineiston keräämistä. Koimme haastateltavien ymmärtäneen kysymyksemme oikein, sekä vastanneen monipuolisesti ja kattavasti laatimiimme kysymyksiin. Vaikka vastaukset olivat informatiivisia, pidimme aineiston analysointia työn haastavimpana osuutena. Puhekielisen materiaalin tuottaminen selkeästi luettavaan asiatekstimuotoon muuttamatta asian ydintä vaati paljon tarkkuutta ja ajatustyötä. Opinnäytetyömme viimeistelyvaiheessa olemme tyytyväisiä luomaamme kokonaisuuteen ja koemme tutkimustulosten vastanneen tutkimuskysymyksiimme.

Synnyttäneiden perheiden kokemuksista synnytyksen jälkeisessä kätilötyössä on jo olemassa tutkittua tietoa. Mahdollisena jatkotutkimuksena olisikin mielenkiintoista tutkia perheiden kokemuksia potilashotelli Perheonnesta. Mielenkiintoista olisi myös saada tietoa siitä, millaisia eroja perheet kokevat äiti-lapsiosaston ja Perheonnan välillä. Tämän tutkiminen on kuitenkin vielä melko haastavaa, sillä potilashotelli on ollut toiminnassa vasta muutamia vuosia. Myös tutkimusjoukon löytäminen voisi olla vaikeaa, koska luotettava tutkimus edellyttäisi, että tutkittavilla olisi kokemusta hoidosta sekä äiti-lapsiosastolla että potilashotelli Perheonnessa.



## LÄHTEET

Ahonen, J., Stefanovic, V. 2013. Obstetrisen verenvuodon hoito. Finnanest. Luettu 24.2.2015.  
[http://www.finnanest.fi/files/ahonen\\_stefanovic\\_obstetrisen\\_verenvuodon\\_hoito.pdf](http://www.finnanest.fi/files/ahonen_stefanovic_obstetrisen_verenvuodon_hoito.pdf)

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Mitä on laadullinen tutkimus. Riika: InPrint. 48–50.

Asikainen, M., Laakso, A. & Oksa, H. 2012. Kätilöiden kokemuksia imetyksen käynnistymisestä sekion jälkeen. Opinnäytetyö, Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Sosiaali- ja terveystieteet. Luettu 22.6.2015.  
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/52682/laakso\\_aija.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/52682/laakso_aija.pdf?sequence=1)

Aura, M. 2008. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.  
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80372/gradu03374.pdf?sequence=1>

Barret, G., Pendry, E. 2005. Women`s sexual health after childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2005;2, 186-195.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x/full>

Bildjuschkin, K., Ruuhilahti, S. 2012. Raskaus ja seksi. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 24.2.2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01015](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01015)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Haavan hoito. Keisarinleikkaus eli sectio. Uuden ihmisen tähden. Luettu 24.2.2015.  
[http://www.epshp.org/kotisivut/synn/Virtuaalisynnytys/synnytyssali/haavan\\_hoito.asp](http://www.epshp.org/kotisivut/synn/Virtuaalisynnytys/synnytyssali/haavan_hoito.asp)

Hannula, L., Kaunonen, M., Koskinen, K. & Tarkka, M-T. 2010. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Luettu 25.2.2015. [http://www.hotus.fi/system/files/Imetysohjaus\\_sum.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Imetysohjaus_sum.pdf)

Hannula, L. 2015. Kätilötyö ja imetys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita. 331–336.

Hermanson, E. 2012a. Vastasyntyneen keltaisuus. Kotineuvola. Terveyskirjasto Duodecim. Luettu 23.6.2015.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kot00802](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00802)

Hermanson, E. 2012b. Lapsen kasvu. Kotineuvola. Terveyskirjasto Duodecim. Luettu 23.6.2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kot00603](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00603)

Hermanson, E. 2012c. Varhainen vuorovaikutus ja itsetunnon kehitys. Kotineuvola. Terveyskirjasto Duodecim.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kot00302](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00302)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy. 24–25, 160–164, 207–209.

Hopponen, E. 2015a. Lastensairaanhoitaja. Haastattelu 17.11.2015. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Haastattelija Mäntylä, M. & Kankkunen, V. Tampere.

Hopponen, E. 2015b. Synnyttäneiden hoito Perheonnessa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Taulukko. Päivitetty 13.1.2015.

HUS. 2015. Imetyksen edistämisen toimintaohjelma. 10 askelta onnistuneeseen imetykseen. Luettu 27.3.2016.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/vauvamyonteisyys/Documents/HYKS%20Imetyksen%20edist%C3%A4misen%20toimintaohjelma.pdf>

Jalanko, H. 2014. Iho-ongelmat vastasyntyneellä. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 23.6.2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00130](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00130)

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus. 2015. Palautuminen synnytyksen jälkeen. Luettu 24.2.2015.

<http://www.jyvaskyla.fi/terveys/neuvolat/aitiysneuvola/synnytyksenjalkeen/palautuminen>

Järvenpää, A-L, Tommiska, V. 2015. Vastasyntyneen hoito ja tarkkailu synnytyksen jälkeen. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita. 304–323.

Korhonen, A. 2015. Varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita. 324–329.

Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. 1. painos. Helsinki: Edita. 28, 50-64.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten, miksi? Duodecim. Katsaus. 609–614. Luettu 16.10.2015.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>

Kylmä, J., Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. 22–23, 76–78.

Loppi, K. 2004. Ei vain hyvää, vaan parasta – täysimetystä puoli vuotta. Imetyksen tuki ry. <http://www.imetys.fi/itu/imetyssuositus2004.php>

Luukko, N. 2013. Hotellihuoneet perheonnea tulvillaan. Terve Pirkanmaa 2, 10–14. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=34390&GUID=%7BBCCF058B-6BA6-4F88-A6E1-453325417A14%7D>

Lystilä, A. 2014. Synnyttäneen äidin päivittäisen voinnin seuranta vierihoito-osastolla. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, TAYS Naistentaudit ja synnytys. Kirjallinen hoito-ohje. Tulostettu 16.5.2015.

Lystilä, A., Tammela, O., Janas, M. & Korhonen, P. Vastasyntyneen ensimmäisten elinpäivien tarkkailu vierihoito-osastoilla. 2014. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri TAYS Naistentaudit ja synnytys. Kirjallinen hoito-ohje. Tulostettu 16.5.2015.

Nuutila, M., Ylikorkala, O. 2011. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Tapanainen, J., Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 476, 478.

Paavilainen, E. 2011. Miksi perhekeskeistä hoitoa tarvitaan terveydenhuollossa? Tampereen yliopisto. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. PDF.  
[http://www.netikka.net/lakeuden\\_omaishoitajat/images/stories/pdf/perhekeskeisyys\\_paavilainen.pdf](http://www.netikka.net/lakeuden_omaishoitajat/images/stories/pdf/perhekeskeisyys_paavilainen.pdf)

Pietiläinen, S., Väyrynen, P. 2015. Syntymän jälkeinen kätilötyö. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita. 290–302.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Vauva on syntynyt! - Imetys- ja hoito-ohjeita äidille ja vauvalle. Opas. 2, 23–24.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Laatupalkinto potilashotellille. Kätilölehti 1, 29.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015a. Synnytysvuodeosasto ja potilashotelli. Luettu 23.2.2015.  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=1385&nodeid=11375&contentlan=1>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015b. Tervetuloa potilashotelliin!. Luettu 23.2.2015.  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=35354>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015c. Perheonni. Luettu 16.5.2016.  
[http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Perheonni](http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Perheonni)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Tietoa imetyksestä. Luettu 23.6.2015.  
<https://www.pppshp.fi/imetys/prime102/prime109.aspx>

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart D. 2004. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Ceneral Hospital Psychiatry 2004:4, 289-295. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834304000398>

Rova, M., Koskinen, K. 2014. Imetyssuosituks. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Lastenneuvolakäsikirja. Luettu 23.6.2015.  
<https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/tietopakettit/imetys/imetyssuosituks>

Silventoinen, M. 2012. Synnytyksestä toipuminen sulkijalihasvaurion jälkeen. TAYS. Luettu 24.2.2015.  
<http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=27627&GUID=%7B30CE014A-B86F-4777-A20E-F02C46CF050B%7D>

Tervonen, H. 2015. Kätilö. Haastattelu 24.2.2015. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Haastattelijat Mäntylä, M. ja Kankkunen, V. Tampere.

Tilastokeskus. 2006. Perhe. <http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>

Tilastokeskus. 2016. Syntyneet 2015. Suomen virallinen tilasto. Luettu 15.4.2016.  
[http://tilastokeskus.fi/til/synt/2015/synt\\_2015\\_2016-04-14\\_tie\\_001\\_fi.html](http://tilastokeskus.fi/til/synt/2015/synt_2015_2016-04-14_tie_001_fi.html)

Törnävä, M. 2015. Lihasvoimaa lantioon sisäisesti ja ulkoisesti. Luettu 24.2.2015.  
<http://www.pelvicus.fi/LP-perusohje%20naisille.pdf>

Vuori, E., Gissler, M. 2013. Vastasyntyneet 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 32/2013. ISSN 1798-0887. Luettu 24.2.2015.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110752/Tr32\\_13.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110752/Tr32_13.pdf?sequence=4)

Vuori, E., Gissler, M. 2014. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 23/2014. ISSN 1798-0887. Luettu 24.2.2015.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125344/Tr30\\_14.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125344/Tr30_14.pdf?sequence=3)

World Health Organization. 2015a. 10 facts on breastfeeding. Luettu 16.10.2015.  
<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>

World Health Organisation. 2015b. Pregnancy, Childbirth, Postpartum, and Newborn Care: A guide for essential practice. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Geneva. D26, K2.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184692/1/9789241549356\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184692/1/9789241549356_eng.pdf?ua=1)

ÄIMÄ ry. 2012. Äidit irti synnytysmasennuksesta. Luettu 23.6.2015  
<http://www.aima.fi>

## LIITTEET

### Liite 1. Haastattelukysymykset

1. Mikä on ammattisi ja kuinka pitkään olet toiminut siinä?
2. Kuinka pitkään olet työskennellyt äiti-lapsiosastolla?
3. Kuinka paljon keskimäärin (esim 1 työvuorolistassa) teet vuoroja äiti-lapsiosastolla/perheonnessa?
4. Koetko työnkuvan äiti-lapsiosastolla muuttuneen potilashotellin avautumisen jälkeen?
5. Miten Perheonnan toiminta on kehittynyt vuosien varrella?
6. Onko mielestäsi työidentiteetissä eroja työskennellessäsi äiti-lapsiosastolla verrattuna perheonneen?
7. Eroaako vanhemmilta saatu palaute siitä, kuinka varmaksi he kokevat kotiutumisen vauvan kanssa äiti-lapsiosastolta/perheonnesta?
8. Koetko perhekeskeisyyden tukemisen helpommaksi äiti-lapsiosastolla vai perheonnessa?
9. Koetko että ohjaus onnistuu samalla tavalla äiti-lapsiosastolla ja perheonnessa? Mitä eroja?
10. Kummassa koet vanhempien pyytävän herkemmin apua ja miksi?
11. Koetko vauvan ja äidin voinnin tarkkailun yhtä helpoksi äiti-lapsiosastolla verrattuna perheonneen?
12. Olisiko jotain asioita mitä haluaisit siirtää perheonnesta äiti-lapsiosastolle tai toisinpäin?

## Liite 2. Haastateltavan suostumuslomake

## SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun haastatteluun, jossa selvitetään kätilöiden kokemuksia eroista hoitotyössä äiti-lapsiosastolla ja potilashotellissa. Olen tietoinen opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Minulla on milloin tahansa oikeus keskeyttää tutkimus syytä ilmoittamatta.

---

tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus

päiväys

Mikäli teillä on jotakin kysyttävää opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme!

Veera Kankkunen  
TAMK  
veera.kankkunen@health.tamk.fi

Milla Mäntylä  
TAMK  
milla.mantyla@health.tamk.fi